LIBERTAS & SANITAS e.V.

Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft

Masern 2013 in Deutschland – kommt die Impfpflicht?

Jürgen Fridrich

„Bahr erwägt Impfpflicht gegen Masern", so war in der FAZ am 02.07.2013 zu lesen. BILD berichtete am 12.07.2013 von einer Umfrage *„Die meisten Deutschen wollen eine Impfpflicht"*. Und die Rhein-Zeitung informierte am 15.07.2013: *„Masern: Ruf nach Impfpflicht"*.

Bevor wir uns Hintergründe und Fakten näher anschauen, blicken wir kurz zurück.

Der 109. Deutsche Ärztetag vom 23. bis 25.05.2006 hatte in seinem Beschlussprotokoll unter Punkt VII der Tagesordnung, Absatz Prävention/Impfen, u. a. folgendes festgehalten:

10. Pflichtimpfung für Masern: Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, umgehend die Masernimpfung in Deutschland nach § 20 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) als eine Pflichtimpfung vorzusehen.

11. Impfungen: Der Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern auf, zu prüfen, ob gegen Ärzte, die sich explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können, da sie mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätspflicht verstoßen.

12. Impfstatus in Gemeinschaftseinrichtungen: Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Länderministerien auf, die notwendigen Rechtsbestimmungen zu erlassen, dass in Gemeinschaftseinrichtungen, wie Kindergärten und Schulen, nur Kinder aufgenommen werden dürfen, die einen vollständigen Impfstatus entsprechend den nach § 20 Abs. 3 IfSG von den obersten Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen dokumentiert vorweisen können; es sei denn, nach ärztlichem bzw. amtsärztlichen Urteil ist eine Impfung bei dem Kind oder Jugendlichen kontraindiziert.

13. Höhere Durchimpfungsrate: Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Ministerien der Bundesländer auf, eine vollständig erfolgte Durchimpfung von Säuglingen und Kleinkindern – entsprechend den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) – zur Voraussetzung für die Aufnahme in überwiegend staatlich finanzierte Kinderkrippen und Kindergärten zu machen und diese in dem zukünftigen Präventionsgesetz auch gesetzlich zu verankern.

Ausführlich wurde dazu von Libertas & Sanitas e.V. im Rundbrief 2/2006 mit der „Aktion zur Überprüfung des Impfdogmas" Stellung genommen (libertas-sanitas.de). Dieser wurde allen politischen Entscheidungsträgern zur Kenntnis gebracht. Danach war fast sieben Jahre Ruhe rund um die Impfpflicht.

Schauen wir nun noch etwas weiter zurück.

„Eine Impfung gegen Masern ist zurzeit auch aus dem Grunde nicht ratsam, weil die Masern nur in seltenen Fällen, die therapeutisch behandelt werden können, gefährlich werden. Eine Massenprophylaxe ist daher nicht gerechtfertigt."

Diese Aussage machte nicht ein „leichtsinniger" Anhänger alternativer Heilweisen, sondern Prof. Dr. med. Henneberg. Als Vizepräsident des Bundesgesundheitsamts und Leiter des Robert Koch-Instituts schrieb er dies im Beitrag „Schutzimpfungen" in der Ausgabe 4/1962 des Bundesgesundheitsblattes (S. 55-58).

Bemerkenswert ist das besonders aus dem Grund, da es im Jahr 1961 noch über 180 Todesfälle an Masern gab, und 1962 noch ca. 140 (Abb. 1)! Das würde man heute nicht so gelassen hinnehmen. Aber damals hatte Henneberg wohl die Entwicklung der Todesfälle in den vorausgegangenen 50 Jahren wahrgenommen, auf die nachfolgend noch eingegangen wird.

„Noch 1968 vertrat das vom Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit der BRD eingeholte Gutachten den Standpunkt, dass die Einführung der Masernschutzimpfung nicht zu empfehlen und die Eradikation der Masern kein erstrebenswertes Ziel sei".

So nahm Dittmann (Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Beiträge zur Hygiene und Epidemiologie, Habs/Rische) 1981 in der damaligen DDR Bezug auf die „Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt Nr. 8, Masernschutzimpfung, Stand Oktober 1968, Hrsg. Henneberg".

Die Masernimpfung zeigt, wie andere Impfungen auch, dass das in impfkritischen Bereichen weitverbreitete Argument „Hier geht es nur ums Geld, alle sind gekauft" zu kurz greift. Denn in den kommunistischen Ländern wurde mindestens genauso intensiv geimpft, oft als Pflichtimpfung, wie anderswo. **Aber in der Sowjetunion, der DDR u. a. Ländern des so genannten „Ostblocks" gab es keine private Pharmaindustrie, sondern der Staat war selbst Hersteller der Impfstoffe. Auch wurde die Ärzteschaft nicht nach der Anzahl der durchgeführten Impfungen bezahlt.** Antrieb war die Überzeugung, etwas Sinnvolles zu tun, Leiden zu verringern, Krankheitskosten zu senken. Im „Westen" kam dann hinzu, dass sich damit auch Geld verdienen lässt.

So wurde die Masernimpfung in USA ab 1963 und in China ab 1965 angewandt, in der Sowjetunion seit 1967 und in der DDR seit 1970 als Pflichtimpfung. In der BRD gab es dann seit 1973 eine Impfempfehlung, in Finnland 1975. Erst 1979 trat in den USA ein Schulgesetz in Kraft, infolge dessen für den Schulbesuch der Nachweis von Impfungen, auch gegen Masern, erforderlich war. **Dort besteht bis heute,** neben der medizinischen Kontraindikation, **eine Ausnahme-**

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fälle	6034	4657	777	122	780	2307	566	915	571	780	1608	166
Inzid.	**7,4**	**5,7**	**0,9**	**0,1**	**1,0**	**2,8**	**0,7**	**1,1**	**0,7**	**1,0**	**2,0**	**0,2**

Tabelle 1: Masernfälle und Inzidenz (Krankheitsfälle je 100.000 Einwohner) in Deutschland von 2001 bis 2012.

regelung aus religiös-philosophischen Gründen. Davon spricht bei uns niemand. Erstaunlicherweise sank mit dem Gesetz die Zahl der Impfdosen von ca. 8 Mio. pro Jahr auf ca. 6 Mio. (Abbildung 2). Erst mit dem Einsatz einer 2. Impfung ab 1989 stiegen die Impfzahlen auf über 10 Mio. jährlich.

Ist die aktuelle Masernsituation in Deutschland ungewöhnlich?

Es gibt erst seit 2001 eine Meldepflicht für Masernerkrankungen. Die Fallzahlen und die Inzidenz (Fälle pro 100.000 Einwohner) sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Da es vor 2001 keine Daten zu Erkrankungszahlen gibt, wissen wir nicht, welche längerfristige Entwicklung zu Grunde liegt. Hier zeigt sich deutlich der Mangel, gegen eine Krankheit schon seit 1973 zu impfen, aber die Fallzahlen erst fast 30 Jahre später zu erfassen. Denn **damit lässt sich eine (positive) Wirksamkeit der Impfung gar nicht beweisen.** Wir werden später erkennen, dass solche Schwankungen der jährlichen Erkrankungszahlen durchaus nicht ungewöhnlich sind. Aktuell für 2013 sind in Deutschland (Datenstand Woche 29, Epidemiologisches Bulletin 32/2013) 1287 Masernfälle gemeldet worden. Das lässt erwarten, dass für das Gesamtjahr (mindestens) die Zahlen von 2011 erreicht werden, also ca. 1.600 Erkrankungen. Ziel der WHO, dem sich auch Deutschland verpflichtet hat, ist eine Inzidenz von 0,1 pro 100.000 Einwohner (also 1 pro 1 Million), was für Deutschland bei der heutigen Bevölkerungszahl maximal 82 Masernfälle pro Jahr bedeutet. Dieser Wert wurde im Jahr 2004 nur knapp verfehlt, doch der stetige Rückgang seit 2001 setzte sich dann nicht fort.

Auch 2012 schien sich wieder eine günstige Entwicklung anzubahnen, doch das Jahr 2013 brachte erneut Enttäuschung. Momentan liegt Deutschland insgesamt bei fast 16 Fällen pro Million Einwohner. Wobei drei Bundesländer, nämlich Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland und Thüringen, die Zielvorgabe der WHO erfüllen, und Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz sie nur knapp verfehlen. Besonders hohe Inzidenzen weisen dagegen Berlin und Bayern vor. Auffallend stark sind auch Brandenburg und Sachsen betroffen, wo bisher meist sehr wenige Fälle auftraten. Aufgrund der Entwicklung der Fallzahlen in diesem Jahr war es zu erwarten, dass die Diskussion über eine Masernimpfpflicht wieder aufkeimen würde. Sie wird in Deutschland von deren Verfechtern aus verschiedenen Gründen als notwendig betrachtet. Ob diese nachvollziehbar sind, wird nachfolgend zu klären versucht. Dazu überprüfen wir, ob deren Argumente stichhaltig, oder, wissenschaftlich ausgedrückt, belastbar sind. Wir testen also, ob diese von uns bestätigt (verifiziert) oder widerlegt (falsifiziert) werden können.

1. Die Impfung verhindert Todesfälle

Es ist eindeutig belegt, dass der Rückgang schwerer Masernfälle mit Todesfolge völlig unabhängig von Impfungen erfolgte. Er war meist bereits fast vollständig vollzogen, ehe die Impfung – ab 1963 verfügbar – angewandt wurde. Schon 1964 zeigte das eine Übersicht (Tabelle 2) bei Ehrengut[1], der überzeugter Impfarzt und später auch Mitglied der STIKO war. Einer Mortalität von 18,3 Todesfällen pro 100.000 Einwohner (Deutschland 1906-1910) entsprächen heute ca. 15.000 Maserntote pro Jahr. Daraus erkennen wir, dass Masern vor ca. 100 Jahren eine beachtenswerte Todesursache waren. Beispielhaft ist die Entwicklung den Abbildungen 3 (England und Wales) und 1 (Deutschland) zu entnehmen.



Abb. 1: Sterbefälle an Masern in Deutschland von 1961 bis 2011.



Land	Jahr 1901	1906–1910	1921	1923–1929	1941	1958
Belgien	30,2		10,4		1,7	0,2
Brasilien	22,9		23,0		12,0	5,5
Chile						21,6
Deutschland		18,3		7,2	(1952–1958)	> 0,3
England	27,7		5,9		2,9	0,1
Frankreich			4,2		1,4	0,4
Indien					(1959)	19,8
Italien	17,8		11,9		4,5	0,4
Norwegen	4,6		2,8		1,2	0,3
Schweden	7,3		3,6		1,1	0,2
Schweiz	24,8		4,0		0,4	0,1
USA			8,9		0,6	0,2

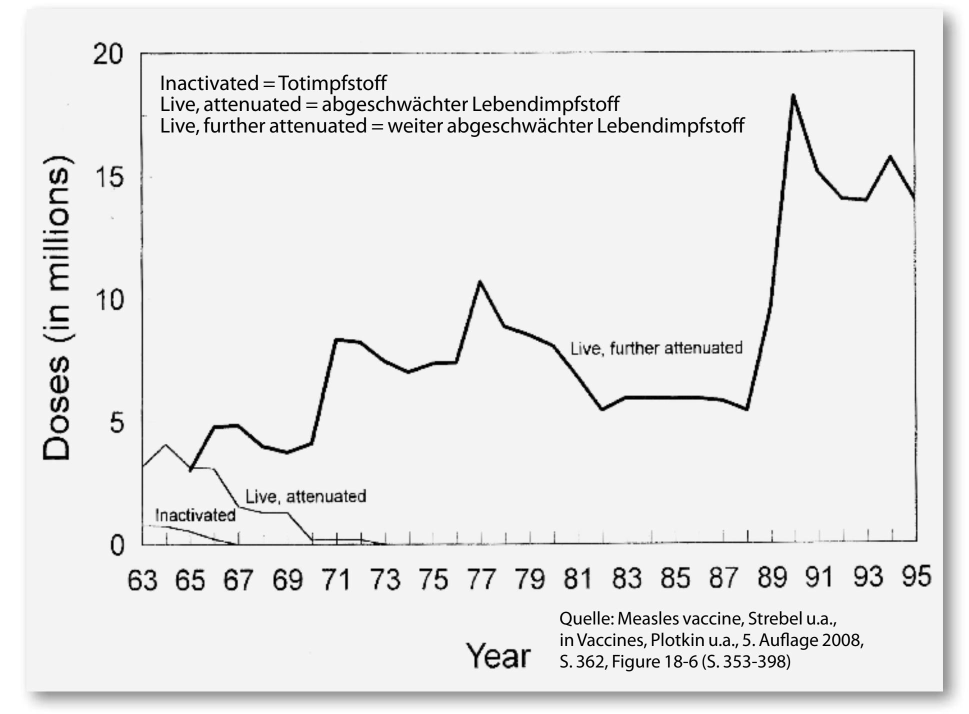
Quelle: Impffibel, Ehrengut, Schattauer 1964, S. 197, Tab. 12

Tabelle 2: Masernmortalität (Todesfälle/100.000 Einwohner) versch. Länder (nach Benin).

Wer diese Fakten kennt, wird die Bedeutung der Impfung gegen Masern ganz anders einschätzen, als ein Mensch, der davon ausgeht, dass erst Dank deren Anwendung die „Todesgefahr Masern" gebannt wurde. Wir sehen daraus, wie wichtig es ist, den Verlauf der Todesfallzahlen schon lange vor Anwendung einer Impfung zu kennen. **Sonst leben wir aus der bloßen Erinnerung daran, dass es früher viele Masernsterbefälle gab und heute nur wenige auftreten, was beides zutrifft, und könnten daraus folgern, dass das eine segensreiche Folge der Impfung gewesen sei. Nur die nüchternen Fakten können uns vor diesem Irrtum bewahren.** Dazu ist es immer wieder erforderlich, entsprechende Aussagen zu überprüfen.

Interessant ist es noch, bezüglich der Länder, z. B. in Afrika, in denen die Masernimpfung für die Vermeidung von Todesfällen als sehr wichtig angenommen wird, neuere Veröffentlichungen in der medizinischen Fachliteratur zu berücksichtigen.

Abb. 2: In USA von 1963 - 2005 verabreichte Impfdosen mit verschied. Masernimpfstoffen.



Im Januar 2012 war im Lancet[2] zu lesen: *„Es gibt keine kontrollierten Untersuchungen, dass die DTP-Impfung (gegen Diphtherie, Pertussis = Keuchhusten und Tetanus) in Gebieten mit hoher Sterblichkeit sicher ist … In der Tat könnte die DTP-Impfung die Sterblichkeit an Lungenentzündung, Blutvergiftung und Durchfall erhöhen. Die Auswirkung von Impfungen auf die Gesamtsterblichkeit ist also unbekannt. In vielen Ländern mit niedrigem Bevölkerungseinkommen richtet sich das EPI-Impfprogramm der WHO gegen Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Masern, aber das sind nicht die hauptsächlichen Todesursachen, selbst in ungeimpften Gemeinschaften."* Solche Berichte könnten uns nachdenklich machen, zeigen sie doch deutlich auf, dass eine Korrektur des Einsatzes von Hilfsmitteln erforderlich ist. Diese Fakten sollten auch bei den Regierungsverantwortlichen der Länder, die der WHO bei Impfentscheidungen gern folgen, ein Überdenken auslösen.

2. Masernfreiheit in Ländern mit Impfpflicht

Es gibt diverse Länder (z. B. Finnland) und Regionen (z. B. der Amerikanische Kontinent), in denen keine Masernfälle mehr gemeldet werden und die als masernfrei gelten. Als Grenzwert hat die WHO dabei ein Fall pro 1 Million Einwohner festgelegt, was für Deutschland also ca. 80 Masererkrankungen pro Jahr bedeutet. Diese Grenze wird von Ländern unterschritten, wo es ver-

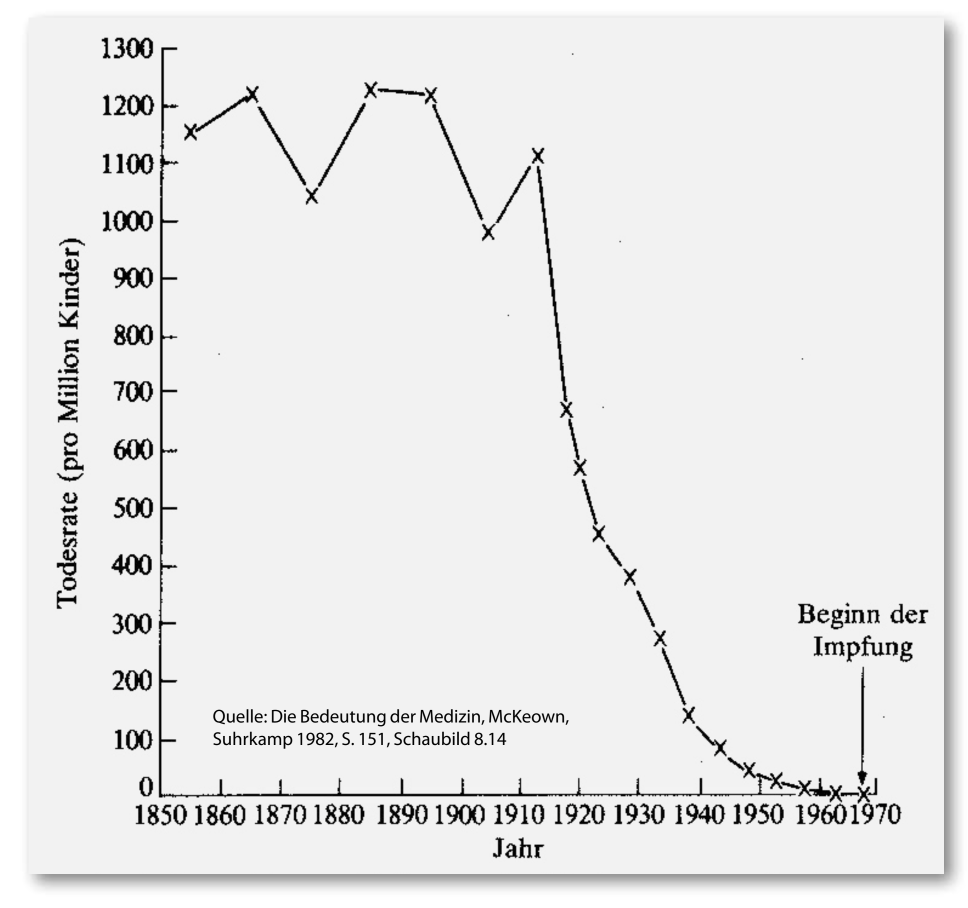


Abb. 3: Masern-Todesraten bei Kindern unter 15 Jahren in England und Wales.

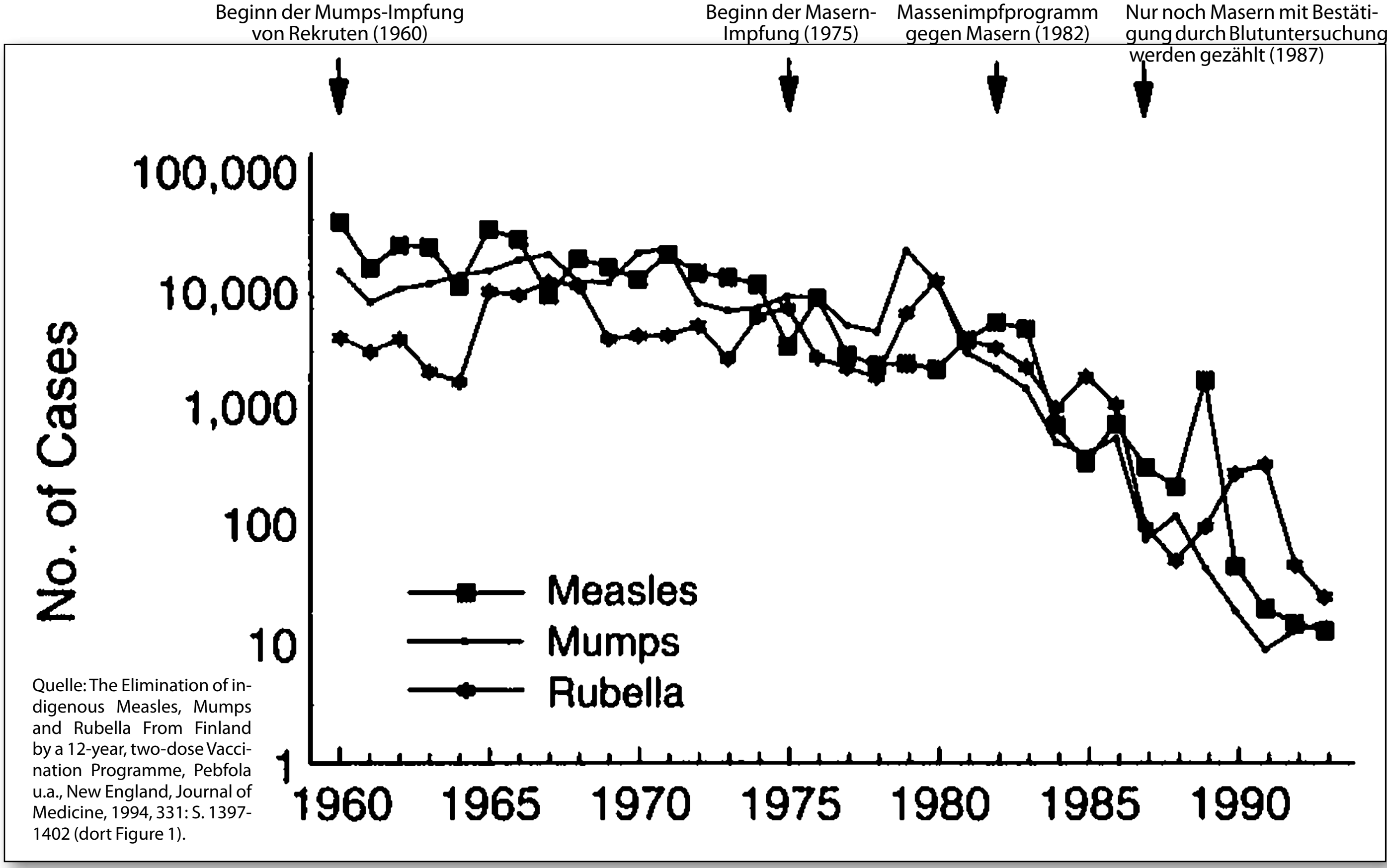
pflichtende Impfungen gibt (z. B. USA, Australien), und von solchen ohne gesetzliche Vorschriften (z. B. Finnland).

Zu beachten ist, dass nur dann eine Meldung eines Masernfalles erfolgen kann, wenn der Kranke in einer Arztpraxis oder einer Klinik vorgestellt wird. Unterbleibt dies, weil z. B. die Erkrankung nur leicht verläuft oder kein Zugang zu medizinischer Versorgung besteht, so wird diese auch nicht gemeldet werden.

Aus Finnland wurde zwar 1994 über die Masernfreiheit berichtet[3]. Wer allerdings eine der Darstellungen in dieser Studie genauer ansieht, stellt fest, **dass den Autoren Wesentliches offensichtlich entgangen ist** (Abb. 4). Ca. 40.000 Masernfälle gab es 1960. Bis 1975 (ohne Impfung!) erfolgte ein Rückgang auf ca. 3.000 Erkrankungen. **Das ist eine Verringerung um etwa 92 %, bevor überhaupt geimpft wurde und kann daher auch keine Folge des Impfens sein. Davon wird in dem Bericht nichts geschrieben.**

Von 1975 bis 1982 wurde dann gegen Masern geimpft, wobei schließlich eine Impfrate von ca. 70 % erreicht wurde. In diesem Zeitraum gab es, wie sehr deutlich sichtbar ist, praktisch keine weitere Abnahme der Fallzahlen mehr. **Es ist also kein positiver Einfluss der Impfung zu erkennen.** Es gibt im Gegenteil anfangs der 80er Jahre wieder eine deutliche Zunahme. 1982 begannen dann Massenimpfaktionen, bis 1987 sanken die Krankheitsfälle von ca. 4.000 auf etwa

Abb. 4: Masernfälle (logarithmischer Maßstab) in Finnland von 1960 - 1993 (sowie Mumps und Röteln im gleichen Zeitraum).



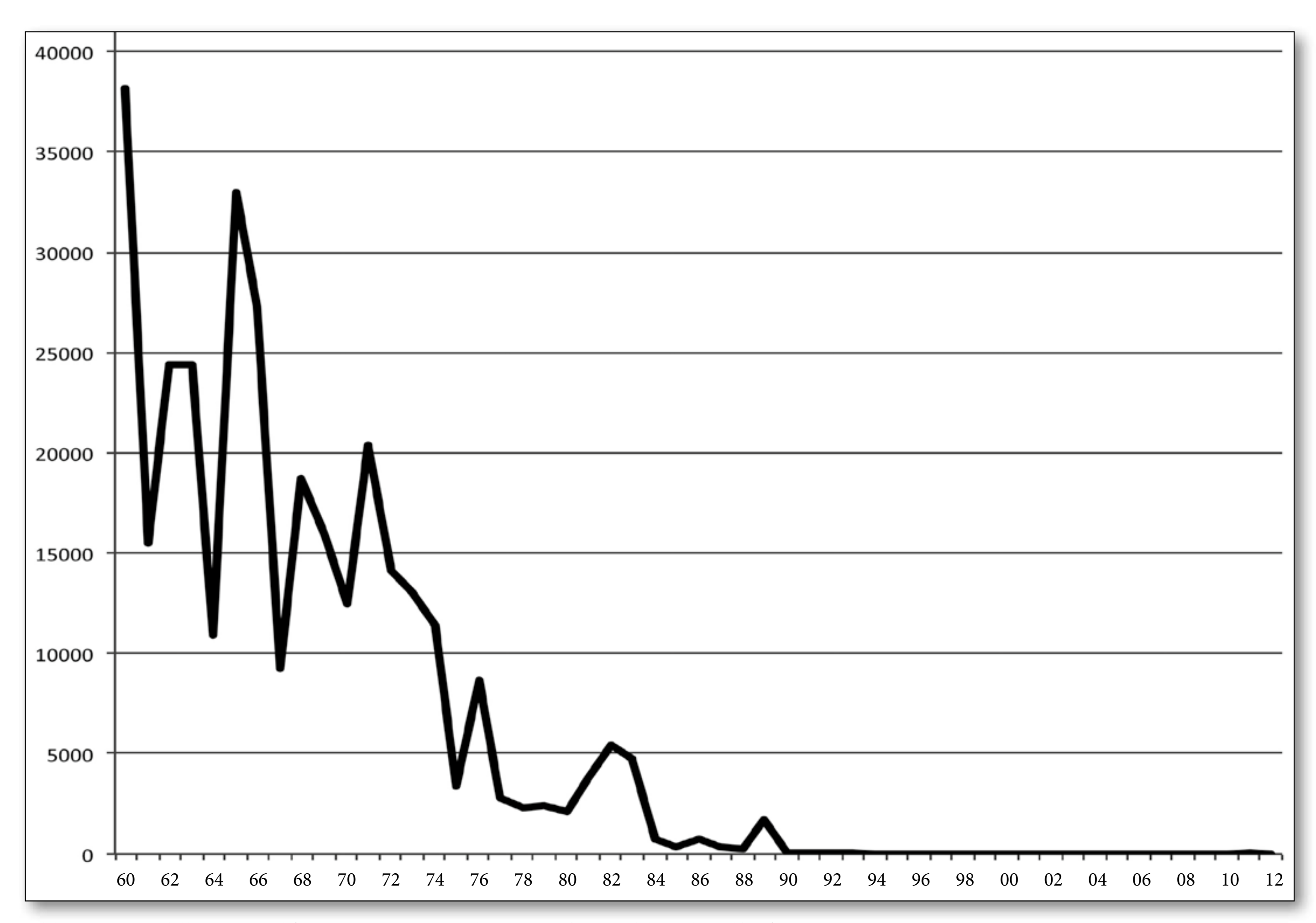


Abb. 5: Masernfälle Finnland (Daten vom National Institute for Health and Welfare).

300. **Ab diesem Jahr wurden nur noch die Fälle gemeldet, die durch eine Blutuntersuchung bestätigt wurden.** Dadurch war klar, dass sich durch diese Einengung der Falldefinition die Zahl verringern würde, allerdings fehlen Angaben darüber, wie stark dieser Einfluss sein würde. Im Jahr 1993 erkrankten noch 13 Personen an Masern.

Der Rückgang seit 1982 sieht nur deshalb so spektakulär aus, weil die Krankheitszahlen in logarithmischen Maßstab aufgetragen sind. Der vor Anwendung der Impfung ist daher optisch sehr flach, was unser Auge so wahrnimmt, als ob sich nur wenig ändert. Absolut betrachtet aber ist diese Abnahme viel umfassender: hier gab es einen Rückgang um ca. 37.000 Fälle (ohne Impfung!), mit dem Impfprogramm nur um 3.700 (bzw. 4.000, wenn wir die geänderten Erfassungskriterien unbeachtet lassen und die Verringerung der Fälle der Impfung zuordnen)!

Viel deutlicher wird das, wenn wir einen anderen Maßstab wählen, um die Entwicklung darzustellen (Abb. 5). Erwähnenswert ist auch der Masernausbruch von 1989, als die Fallzahlen von vorher ca. 200 auf über 1.000 anstiegen, trotz konzentrierter Massenimpfaktion. Da könnten wir auch die Situation der schwankenden Krankheitszahlen bei uns gelassener annehmen. Denn Deutschland hat ca. 16mal so viele Einwohner wie Finnland, d.h., erst wenn wir 16.000 Fälle erreichen würden, hätten wir eine vergleichbare Situation. Außerdem beweist dies, dass trotz hoher Impfraten Krankheitshäufungen auftreten können. Wer den Rückgang in Finnland vor dem Einsatz der Impfung wahrnimmt, fragt sich vielleicht und berechtigterweise auch, ob sich diese rückläufige Entwicklung nicht auch ohne Impfung fortgesetzt hätte. Sicher ist auf jeden Fall, dass diese Abnahme keine Folge der Impfungen sein kann, weil sie zu dieser Zeit noch gar nicht angewandt worden waren. Nur vier Jahre später wiesen dieselben Autoren dann sogar darauf hin, dass das Erfassungssystem zwar ermöglicht, die genaue Zahl der Geimpften zu ermitteln, nicht jedoch die Zahl der Erkrankten: da Mütter die Masern oft nicht als schwere Krankheit ansehen, erfolgt kein Arztbesuch[4] und somit erfolgt auch keine Meldung. Das bedeutet, dass es zwar keine gemeldeten Fälle mehr gibt, Masern aber dennoch noch auftreten können. Hinzu kommt noch, dass Ärzte bei vollständig Geimpften davon ausgehen, dass diese an der entsprechenden Krankheit nicht erkranken können und deshalb eine andere Diagnose stellen[5]. Schließlich können Masern bei Geimpften mit untypischen Symptomen auftreten und deshalb nicht als solche erkannt werden. Darüber wurde u.a. aus USA berichtet und ein neuer Krankheitsbegriff geschaffen. Man sprach von VMMI, was *„vaccine modified measles infection"*, also durch Impfung veränderte Masern bedeutet[6].

Wer den Rückgang der Masernerkrankungen in USA (Abb. 6) mit der Zahl der Impfdosen (Abb. 2) verknüpft, stellt fest, dass zwar von 1963 (Zulassung der Impfung) bis 1968 ein Rückgang der Masernfälle um ca. 95% erfolgte, aber nur ca. 1/3 der Kinder geimpft war. Das kann keinesfalls Folge der Impfung (allein) sein.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass eine Abnahme der Fallzahlen nach Zulassung der Impfung allein nie einen Beweis dafür darstellt, dass dieser auch von der Impfung verursacht wurde. Sondern die Ursache muss erst gefunden werden. Dazu müssen zumindest Daten über die erreichten Impfraten vorliegen.

Eine Analyse der medizinischen Fachliteratur[7] ergibt dann, dass für den Rückgang andere Ursachen vorliegen müssen. Denn die

vor 1976 geimpften wurden als nicht geschützt angesehen, weil sie zu früh, vor dem 15. Lebensmonat geimpft worden waren (das Impfalter wurde von anfangs neun Monaten auf 12 und später auf 15 verschoben). Der mütterliche Nestschutz „zerstörte“ quasi den Impfschutz.
Welche Ursachen könnten dann den Rückgang hervorgerufen haben? Dafür kommen z.B. eine andere Definition (mindestens 38,5 Grad Fieber), Diagnostik (Blutuntersuchung) und Wahrnehmung (dank Impfung haben wir die Masern jetzt im Griff und beachten sie nicht mehr so sehr) der Krankheit infrage, sowie das Nichtmelden von Erkrankungen Geimpfter.

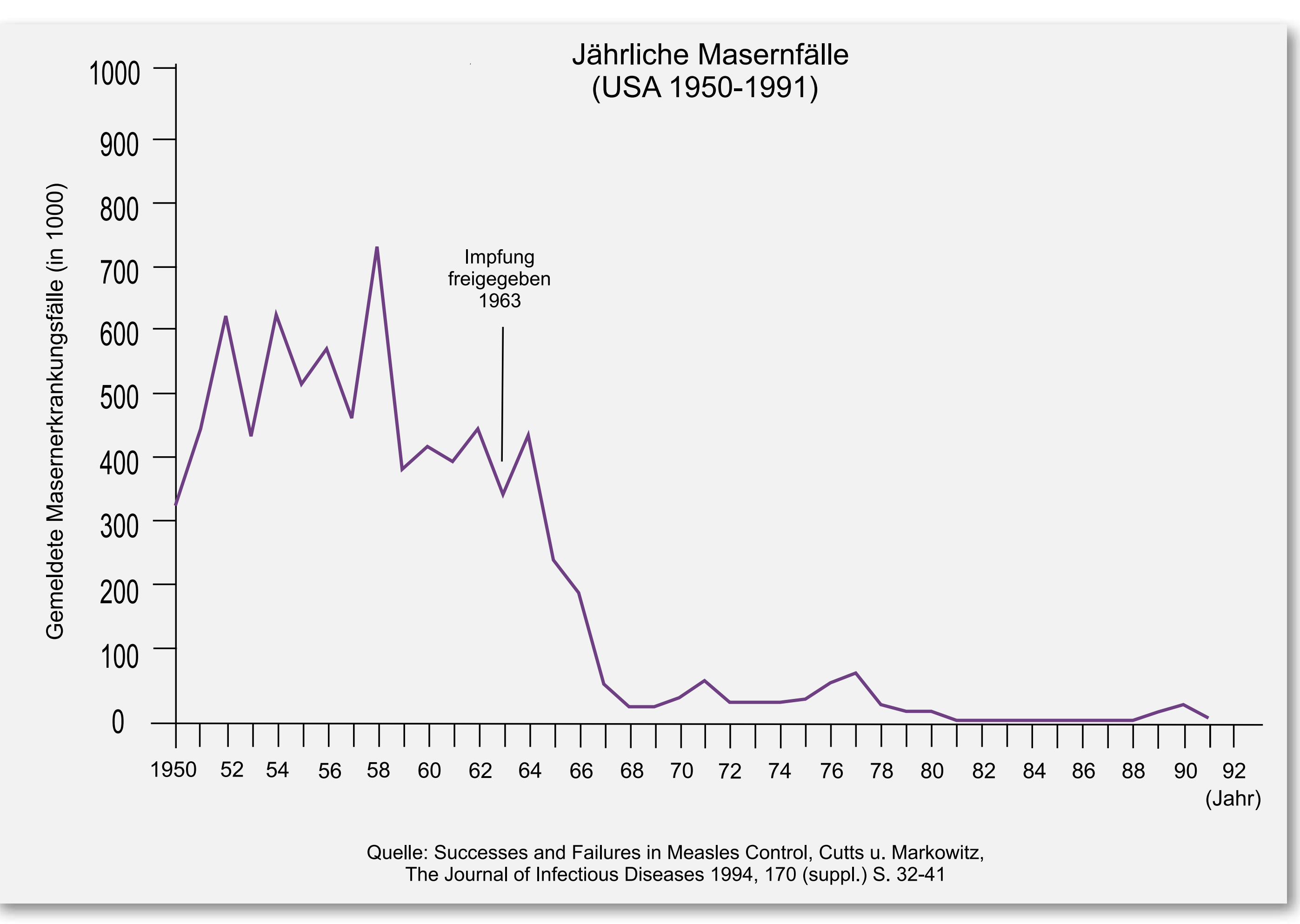
3. Geimpfte sind geschützt und höhere Impfraten verhindern Masern

Dass selbst höchste Impfraten Masernausbrüche nicht verhindern können und dabei zum Teil überwiegend vollständig geimpfte erkranken, ist in der medizinischen Fachliteratur ausführlich beschrieben worden. Eine Übersicht von Veröffentlichungen findet sich bei Libertas & Sanitas e.V. (libertas-sanitas.de/Aktuelles: Tatsachen zur Masernimpfung).
Die rechnerische Wirksamkeit der Masernimpfung konnte in einem Fall gar nicht ermittelt werden, weil kein Ungeimpfter erkrankte[8]. Aus Finnland wurde berichtet, dass sieben von neun vollständig geimpften trotzdem erkranken, wenn sie das Schlafzimmer mit einem Masernkranken teilen; bei hohem Ansteckungsrisiko schützt die Impfung nicht, stellten die Autoren fest[4].
Bei den beschriebenen Ausbrüchen wurden z.T. Erkrankungszahlen erreicht, die die momentane Situation in Deutschland um den Faktor 30 überstiegen[8]: Eine Inzidenz von 410 Fälle pro 100.000 Einwohner wurden in USA ermittelt, aktuell liegen wir in Berlin bei unter 14. Und das trat in USA nach 20jährigen Massenimpfaktionen auf – ca. 28.000 Masernerkrankungen in einem Jahr bei Impfraten von zum Teil 98 %. Auf Deutschland umgerechnet wären das ca. 8.000 Fälle. Damit relativieren sich die momentanen Masernausbrüche sofort, wenn man bei deren Betrachtung die Vergangenheit, wie sie hier für Finnland und die USA beschrieben wird, nicht ausblendet.
Die WHO, die die Ausrottung der Masern anstrebt, hatte schon 2005 einen Vergleich der Impfraten (für eine Impfung) für die Länder Europas veröffentlicht[9]. Dieser wurde 2009 während der 1. Nationalen Impfkonferenz in Mainz hunderten von Impfexperten zur Verfügung gestellt. Dort zeigt eine Darstellung, dass in zwei Ländern mit einer Impfrate von nur ca. 87 % (impfmüde wie Deutschland?) weniger Masernfälle – und zwar bis zu 1000mal weniger! – auftraten, als in 20 Ländern, die 95 % und mehr (also wie angestrebt) geimpft hatten. **Ein Land mit einer Impfrate von nur 73 % hatte 100mal weniger Masernkranke als 8 Länder mit über 95 % (Abb. 7).** Auch hier ist, wie vorher bei Abb. 4, der logarithmische Maßstab auf der senkrechten Achse (Inzidenz) zu beachten. Dieser ist dann nötig, wenn große Unterschiede darzustellen sind. Wir dürfen uns dann nur nicht von unserem Auge täuschen lassen, sondern müssen uns klar sein, dass kleine Abweichungen in senkrechter Richtung große absolute Differenzen bedeuten.

4. Durch die Impfung müssen die gefährdeten Säuglinge geschützt werden, die selbst noch nicht geimpft werden können.

Im Epidemiologischen Bulletin 32/2010 berichtet das Robert Koch-Institut[10], **dass**

Abb. 6: Masernfälle in USA von 1950 bis 1991.



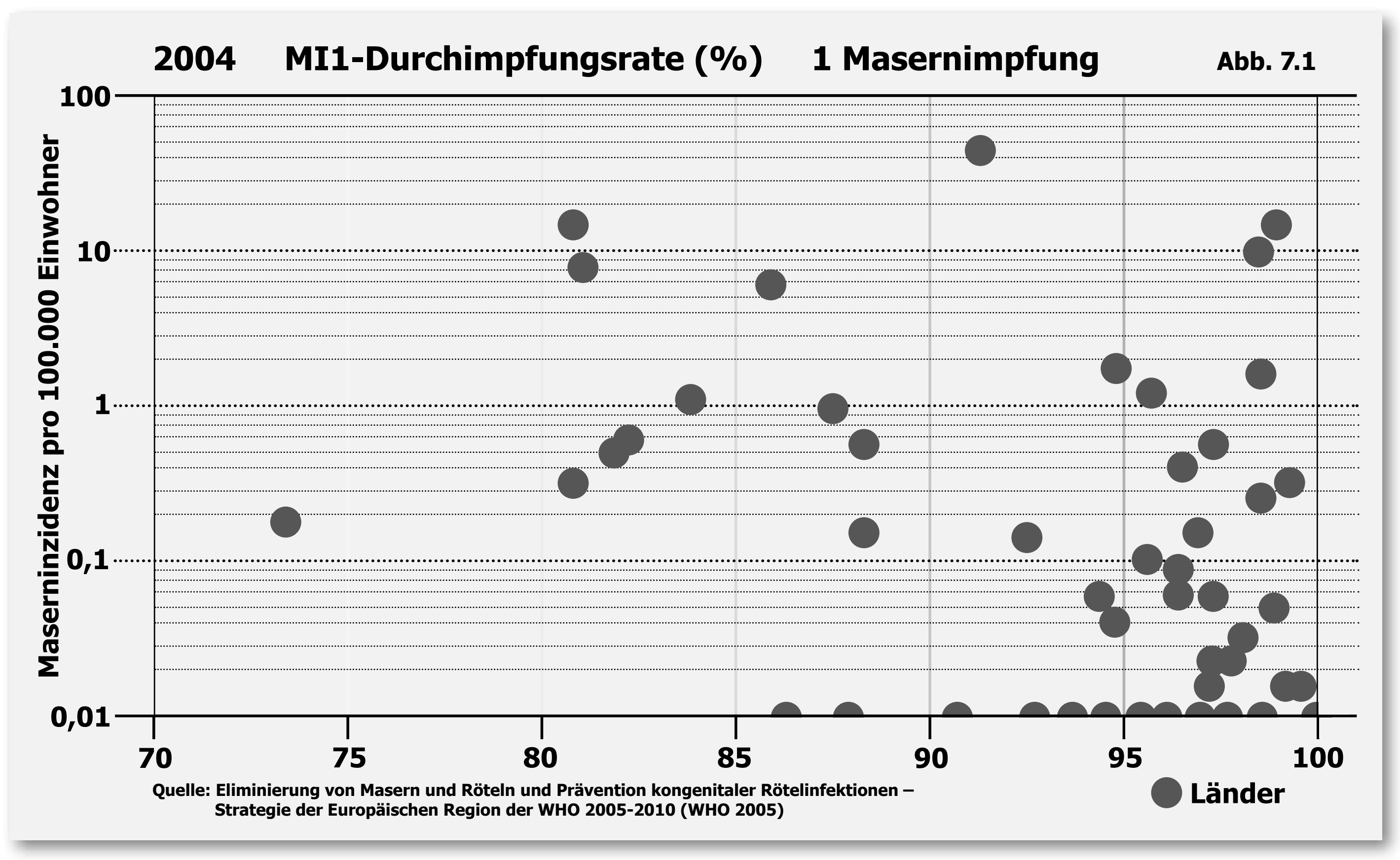


Abb. 7: Masernfälle (Inzidenz/100.000 Einwohner) und Durchimpfungsraten in den verschiedenen Ländern der Region Europa der WHO.

die hohe Erkrankungsrate an Masern bei Säuglingen u.a. eine Folge des Impfens ist. Geimpfte Mütter geben ihren jungen Kindern keinen ausreichenden Nestschutz weiter, der früher die Säuglinge vor Masern bewahrte.

Diese Entwicklung kam nicht überraschend, denn aus USA wurde darüber schon vor ca. 20 Jahren berichtet[11]. Dieses Problem trat dort – aufgrund der Massenimpfaktionen schon ab Mitte der 60er Jahre – entsprechend früher auf, als bei uns. Die Autoren stellen fest, dass 70 % der Kinder im Alter zwischen neun und 15 Monaten für Masern empfänglich sind, die in der Vorimpfära durch ihre Mütter, die selbst Masern hatten, geschützt waren.

Durch das Impfen tritt also eine Generation später eine unerwünschte Spätfolge auf, die eine Altersgruppe betrifft, bei der schwerere Krankheitsverläufe häufiger sind. So wird auch berichtet, dass seit Einführung der Impfung von 10.000 Masernkranken 32 sterben, während es vorher nur 10 waren[12].

In der aktuellen Diskussion muss auch berücksichtigt werden, dass **das gesicherte Wissen zu Nutzen und Risiko von Impfungen weltweit ungenügend ist.** Das Robert Koch-Institut stellte in seinem Epidemiologischen Bulletin 12/2011[13] fest, dass **Daten für eine auf Beweisen gründende Impfempfehlung und darüber fehlen, ob Impfstoffe** nicht nur immunogen sind (also eine Antikörperreaktion auslösen), sondern **tatsächlich vor der entsprechenden Krankheit schützen.**

Die STIKO hatte bereits in der Ausgabe 32/2010[10] speziell zu Masern berichtet, dass die Datenlage zur Impfung bezüglich Wirksamkeit mäßig und zur Sicherheit zumeist inadäquat ist.

Schon im Bundesgesundheitsblatt 8/2001[14] hatte Rosenbrock die Arbeit von Mc-Keown[15] zitiert: ***„Medizinische Forschung und Dienste sind fehlgeleitet, weil wir von falschen Annahmen über die Grundlage menschlicher Gesundheit ausgehen."***

McKeown (siehe Abb. 3) hatte in England und Wales durch eine rückblickende Analyse festgestellt, dass **wir auch Impfungen, wie anderen medizinischen Maßnahmen, einen Wert beimessen, der diesen nicht gebührt.**

In der Ausgabe 12/2004[16] des Bundesgesundheitsblattes wurde veröffentlicht, dass unser Meldesystem für mögliche Impffolgen die Frage nicht beantworten kann, ob Impfstoffe sicher sind.

Und Hensel/v.Kries stellten dort im November 2009 fest, dass die Dokumentation von Nutzen und Risiko von Impfprogrammen ungenügend ist[17].

Warum „brennt" das Thema Masern aktuell so?

Nun, die WHO strebt schon seit 1984 die Elimination der Masern an. Als erster Zieltermin war das Jahr 2000 festgelegt worden. Immer wieder muss dieses Ziel verschoben werden, mittlerweile für Europa auf das Jahr 2015, weil es noch einige Länder gibt, bei denen Masernausbrüche regelmäßig auftreten. Dazu gehört Deutschland, und darüber wird auch in der internationalen medizinischen Fachliteratur immer wieder berichtet und damit den Fachleuten stets vor Augen geführt.

Dabei ist durchaus nachvollziehbar, dass sich die WHO von den deutschen Entscheidungsträgern nicht ernst genommen fühlt. **Bei uns wurde z.B. erst im Jahr 2001 eine Meldepflicht für Masernerkrankungen eingeführt, das heißt, den Nachweis der Zielerreichung hätten wir für das Jahr 2000 gar nicht führen können, weil wir nicht wissen konnten, wie viele Erkrankungen aufgetreten sind.** Das gilt nebenbei gemerkt auch für Röteln, die ebenfalls eliminiert werden sollen – bei uns gibt es erst seit wenigen Monaten eine Meldepflicht dafür. Auch erreichen wir bisher nicht das Ziel, mindestens 80 % der Masernfälle durch Blutuntersuchung zu bestätigen. Schließlich fehlen bei uns die Voraussetzungen, den

Impfstatus der Zweijährigen zu erfassen – weitgehend vollständige Daten gibt es dafür erst durch die Schuleingangsuntersuchung, also für die Fünf- bis Sechsjährigen.

Mindestens halbjährig ist von allen Ländern der WHO darüber zu berichten, welche Maßnahmen ergriffen wurden und welche Erfolge damit erzielt wurden. Hinzu kommt noch, dass infolge zweier Gerichtsentscheide zum Schulausschluss[18,19] die bisher üblichen Maßnahmen bei Krankheitsausbrüchen in Kindergärten und Schulen einer Veränderung bedürfen. Der Ansteckungsverdacht muss festgestellt werden (z. B. durch Befragung), nicht geimpft zu sein reicht als Ausschlussgrund nicht mehr aus. Außerdem muss bei einem Ausbruch der Impfstatus erfasst werden, ohne die Betreffenden zu versammeln. Das Impfangebot als Voraussetzung für die sofortige Wiederzulassung in die Schule (eine Impfung für bisher nicht, eine zweite für schon einmal geimpfte) ist ebenso zu überdenken, wie das Management, wenn z. B. auch Geimpfte erkrankt sind. Dieses Problem wurde vor kurzem bei Mumpsausbrüchen in Bayern akut, als ca. 60 % der Erkrankten zweimal, also vollständig geimpft waren. Die Ärzte glaubten zum Teil bei diesen nicht, dass sie Mumps haben könnten, und stellten andere Diagnosen[5]. Diese Gerichtsentscheide zeigen, dass es für Menschen, die sich kritisch mit dem Impfen befassen, sinnvoll sein kann, den Rechtsweg zu beschreiten. In der Sache Schulausschluss hatte ich eine betroffene Familie in allen drei Instanzen[18,19] erfolgreich begleitet; es waren die ersten Gerichtsverhandlung in Deutschland zu diesem Thema überhaupt. Aktuell ist in der Berichterstattung zur Masernimpfpflicht auffallend, dass es auch innerhalb der politischen Parteien und der STIKO eine sehr unterschiedliche Sicht dazu gibt.

Gesundheitsminister Bahr sieht eine Diskussion darüber als möglich an, wenn sich in den nächsten Jahren durch Aufklärung allein die Impfraten nicht erhöhen lassen. Hinsichtlich der Vorgehensweise hat er die oben erwähnte Rechtsprechung wahrgenommen. Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP im Bundestagsausschuss für Gesundheit, Jens Ackermann, allerdings hält eine Impfpflicht für nicht umsetzbar und fragt, ob man die impfunwilligen Eltern dann ins Gefängnis sperren sollte. Sein Kollege aus der CDU, Jens Spahn, ist vehement für eine Impfpflicht. Die Ärztepräsidenten Montgomery und Hartmann ebenfalls, wobei ersterer sich die Frage der Umsetzbarkeit stellt. Der STIKO-Vorsitzende Leidel hält eine Impfpflicht für kontraproduktiv, sein STIKO-Kollege Zepp stellt fest: ***„Die Einführung einer Impfpflicht würde aber auch bedeuten, dass uns vernünftige Argumente fehlen, um die Menschen von der Notwendigkeit der Impfung zu überzeugen.“*** STIKO-Mitglied Terhardt hält eine Impfpflicht jedoch für nötig.

Kritik ist die Grundlage der Wissenschaft; und Wissenschaft ist der Treue zur Verfassung verpflichtet, wie es Artikel 5 unseres Grundgesetzes fordert. Daher habe ich mich schon im September 2012 aufgrund der obigen Urteile an die Bundeskanzlerin, die Bundesministerien und den Bundestag gewandt. Mein Brief wird als Eingabe im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages bearbeitet (libertas-sanitas.de). Es geht dabei um die Frage, ob öffentliche Impfempfehlungen aufgrund des fehlenden Wissens zu Nutzen und Risiko mit unserer Verfassung vereinbar sind, die u. a. das Recht auf körperliche Unversehrtheit und uneingeschränkte Information vorsieht. Derzeit findet diesbezüglich auch ein Schriftwechsel mit dem Bundesgesundheitsministerium statt, das von den oben genannten Adressaten als zuständig benannt wurde und auch dem Petitionsausschuss eine Stellungnahme abgegeben hat. Damit gebe ich den politischen Entscheidungsträgern die Möglichkeit, einer Verfassungsbeschwerde zuvorzukommen. Auch der Vorsitzende Richter am Bundesverwaltungsgericht hatte mir während der dortigen Verhandlung wegen der Klage gegen den Schulausschluss empfohlen, die Sache in Karlsruhe den Verfassungsrichtern vorzulegen.

Zusammenfassung

Aktuell ist mit einer Impfpflicht nicht zu rechnen, da den verantwortlichen Personen bewusst ist, dass noch nicht alle Möglichkeiten zur Erhöhung der Impfraten, von der man sich eine Senkung der Krankheitszahlen erhofft, ausgeschöpft sind. Außerdem ist bekannt, dass auch Staaten ohne gesetzliche Pflichtmaßnahmen das Ziel erreicht haben, Krankheiten zu eliminieren. Schließlich ist klar, dass es verfassungsrechtliche Bedenken gibt und zu klären wäre, welche Strafe denn für Impfverweigerer in Betracht käme.

Wie hier ausgeführt, gibt es jedoch auch viele andere sachliche Gründe, die dabei zu berücksichtigen sind und gegen einen gesetzlichen Zwang beim Impfen sprechen. Der behauptete Nutzen auch der Masernimpfung lässt sich nicht nachvollziehen und die Wissenslücken zur Sicherheit bestehen wie bei allen anderen Impfungen.

Quellenverzeichnis:

1 Impffibel, Ehrengut, Schattauer 1964, S. 197 (Tabelle 12)
2 Lancet, 379, 07.01.2012, S. 26, Shann: The new decade of vaccines (Das neue Impf-Jahrzehnt)
3 New England Journal of Medicine, 331, 1994: S. 1397-402, Peltola u. a.: The elimination of indigenous measles, mumps, and rubella from Finland by a 12-year, two-dose vaccination program (Die Ausrottung einheimischer Masern, Mumps und Röteln in Finnland durch ein 12-jähriges Impfprogramm mit zwei Impfdosen)
4 American Journal of Epidemiology, 148, 1998: S. 1103-10, Paunio u. a.: Explosive school-based measles outbreak (Masernausbruch, der sich explosionsartig von einer Schule ausbreitete)
5 Epidemiologisches Bulletin, 31/2012 v. 06.08.2012: S. 314-18, Ständige Impfkommission (STIKO): Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Mumps
6 American Journal of Epidemiology, 150, 1999: S. 1238-49, Mossong u. a.: Modelling the Impact of Subclinical Measles Transmission in Vaccinated Populations with Waning Immunity (Modell für den Einfluss subklinischer Masernübertragung in geimpfter Bevölkerung mit nachlassender Immunität)
7 Pediatric Infectious Diseases Journal, 9, 1990: S. 101-11, Markowitz: Duration of live measles vaccine immunity (Dauer der Immunität nach Impfung mit Masernlebendimpfstoff)
8 American Journal of Epidemiology, 132, 1990: S. 157-68, Hutchins u. a.: A school-based measles outbreak: The effect of a selective revaccination policy and risk factors for vaccine failure (An einer Schule beginnender Masernausbruch: Die Wirkung einer selektiven Wiederholungsimpfung und Risikofaktoren für Impfversagen)
9 Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention kongenitaler Rötelninfektionen – Strategie der Europäischen Region der WHO 2005-2010 (WHO 2005)
10 Epidemiologisches Bulletin, 32/2010 v. 16.08.2010: S. 315-22, STIKO: Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masernausbruch
11 Pediatrics, 96, 1995: S. 447-50, Maldonado u. a.: Early loss of measles antibody in infants of mothers with vaccine-induced immunity (Früher Verlust der passiven Masernantikörper bei Kindern von Müttern mit durch Impfung hervorgerufener Immunität)
12 JAMA, 277, 1997: S. 1156-58, Poland u. a.: Measles reimmunization in childrenseronegative after initial immunization (Wiederholungsimpfung von Kindern, die nach der Erstimpfung seronegativ waren)
13 Epidemiologisches Bulletin 12/2011 v. 28.03.2011: S. 89-93, RKI: Bericht zum internationalen Workshop „Methoden zur Entwicklung standardisierter evidenzbasierter Impfempfehlungen“
14 Bundesgesundheitsblatt 44, 8/2001: S. 753-62, Rosenbrock: Was ist New Public Health?
15 Die Bedeutung der Medizin, McKeown, Suhrkamp 1982
16 Bundesgesundheitsblatt 47, 12/2004: S. 1151-64, Keller-Stanislawski u. a.: Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz und Verdachtsfälle von Nebenwirkungen nach dem Arzneimittelgesetz vom 01.01.2001 bis zum 31.12.2003
17 Bundesgesundheitsblatt 52, 11/2009: S. 1003-5, Hengel/v. Kries: Editorial Impfen
18 Bundesverwaltungsgericht BVerwG 3 C 16.11 v. 22.03.2012
19 Oberverwaltungsgericht Lüneburg OVG 13 LC 198/08 v. 03.02.2011

Anstoß für eine Grundsatzdebatte über Impfungen Schulbetretungsverbot nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts BVerwG 3 C 16.11 vom 22.03.2012
Urteil des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichts 13 LC 198/08 vom 03.02.2011

Jürgen Fridrich

Briefe sagen manchmal mehr als eine wissenschaftliche Abhandlung.

Das nachfolgende Schreiben Jürgen Fridrichs wurde am 06.09.2012 an die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel, an die Mitglieder der Bundesregierung, des Bundestages und des Bundesrates verschickt. Eigentlich wollten wir längst schon über die Reaktionen berichten. Die Bundesministerien für Bildung und Forschung, der Justiz, der Verteidigung, der Finanzen, für Arbeit und Soziales, für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit sowie des Innern haben auf den Brief reagiert und ihn an das Bundesministerium für Gesundheit weitergeleitet. Nach mehrmaligen Mahnungen erhielt Fridrich mit Schreiben vom 12.06.2013 endlich Antwort aus dem Bundesgesundheitsministerium, das er mit Schreiben vom 19.06.2013 beantwortete. Die Inhalte der Schreiben sind nachfolgend abgedruckt.

Das Schreiben an den Bundestagspräsidenten mit der Bitte, dieses an die Mitgleider des Bundestages zu verteilen, führte dazu, dass das Schreiben als Eingabe an den Petitionsausschuss (Pet 2-17-15-2126-041425) weitergereicht wurde. Die Petition soll nach Auskunft der Bundestagsverwaltung jedoch erst in der nächsten Legislaturperiode abschließend behandelt werden.

Von den Mitgliedern des Bundesrates gibt es noch keine Resonanz.

Wir wollten Ihnen die Schreiben nicht länger vorenthalten, zumal hier wieder die grundsätzliche Problematik zum Thema Impfen angesprochen ist. Angesichts der hier dargestellten Zusammenhänge sind Impfen und die Auslegung entsprechender Teile des IfSG nicht mit dem GG vereinbar (u. a. Art. 2 und 5).

Eine diesbezügliche Verfassungsbeschwerde ist in Vorbereitung.

Schreiben Fridrich vom 06.09.2012:

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin, sehr geehrte Abgeordnete,

in dieser Sache habe ich den klagenden Schüler in allen Instanzen als privater Sachverständiger begleitet. Beim Verfahren am Bundesverwaltungsgericht hat sich auch der Vertreter des Bundesinteresses beim BVerwG im Bundesministerium des Innern, Regierungsdirektor Dr. Dr. Sendler, beteiligt. Aus seinem Schriftsatz, datierend vom 21.02.2012, ist zu entnehmen, dass sich auch Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat *„unter dem Eindruck der vorliegenden Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts"* (so Dr. Sendler) mit der Sache befassen (u. a. BTDrucks 17/5708 S. 11 und 19); insbesondere, abhängig vom Urteil des BVerwG, im Hinblick auf eine eventuell notwendigen Änderung des IfSG.

Die Gerichte haben in ihrer jeweiligen Urteilsbegründung die Rechtswidrigkeit der von der Gesundheitsbehörde ergriffenen Maßnahmen erläutert. Allerdings wurde in den Verhandlungen, ausgelöst insbesondere durch unsere schriftliche Klagebegründung und Ausführungen vor Gericht, auch ausführlich über medizinisch-wissenschaftliche Aspekte und deren mangelnde Sinnhaftigkeit und Logik gesprochen.

Dies sollte Ihrerseits beachtet werden. Eine bloße Gesetzesänderung wird weder dem Recht der Bürger auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2, Abs. 2 GG) noch dem Recht, sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten (Art. 5, Abs. 1 GG), gerecht, und auch nicht den Forderungen des Grundgesetzes an die Wissenschaft: diese ist zwar frei, aber der Treue zur Verfassung verpflichtet (Art. 5, Abs. 3 GG). Eine solche Gesetzesänderung hätte eine sofortige Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht zur Folge.

Deshalb erhalten Sie nachfolgend einige wichtige Informationen, damit Sie die Tragweite des ganzen Geschehens erfassen und sich dafür einsetzen können, auch beim Impfen die Wissenschaft wieder auf die Füße zu stellen, und dabei dafür Sorge zu tragen, dass die Grundrechte geachtet werden.

Zweck des IfSG ist nach § 1, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Die Gesundheitsbehörden der Länder folgen mit ihren Maßnahmen u. a. den Ausführungen des Robert Koch-Instituts (RKI), wie in § 4 IfSG vorgesehen. Das hat auch weltweit Bedeutung (u. a. § 12 IfSG, WHO).

Nun verstößt die seit Jahren deutschlandweit übliche Vorgehensweise der Gesundheitsbehörden beim Auftreten z. B. von Masern (wie in dem oben verhandelten Geschehen) jedoch genau gegen diesen § 1 IfSG. Warum?

Nach Auftreten eines Masern(verdacht)falls werden die Betreuten (Kinder und Jugendliche) und Betreuer (z. B. Lehrkräfte) der Einrichtung von der Gesundheitsbehörde (meist schriftlich) aufgefordert, ihren Impfausweis am nächsten Tag zur Kontrolle mitzubringen. Diese geht dabei von einer hohen Ansteckungsgefahr aus. Welchen Sinn macht es aber angesichts dieses Risikos, alle erst wieder z. B. in der Schule zusammenkommen zu lassen? Dann können sie sich doch gerade anstecken, was aber eigentlich im Sinne des Gesetzes verhindert werden soll. **Die Gesundheitsbehörden gefährden durch ihre Maßnahme die Menschen und setzen sie genau dem Risiko aus, vor dem sie diese bewahren sollen.**

Wo bleibt da die Logik, wenn anschließend, nach Kontrolle der Impfpässe, die „nicht Immunen" nach Hause geschickt werden, um sie vor einer Ansteckung zu schützen, welche vorher während und wegen des Kontrollgeschehens schon erfolgen konnte und wegen der hohen Ansteckungsgefahr durch Masern aus Sicht der Behörden mit hoher „Sicherheit" auch erfolgt ist? Sie brauchen daher niemanden mehr ausschließen, weil sich aus ihrer theoretischen Überlegung doch alle schon angesteckt haben. Sondern man kann jetzt abwarten, ob jemand krank wird.

Wie steht es mit der Logik bei den Maßnahmen, die ergriffen werden, um ein Schulbetretungsverbot vermeiden zu können? Kindern und Jugendlichen, die noch keine Masern hatten, und nicht oder nur einmal geimpft sind, wird eine sofortige Impfung angeboten. Wenn sie diese wahrnehmen, dürfen sie (meist) sofort in die Schule. Wenn nicht, wird ihnen der Zutritt untersagt. Wa-

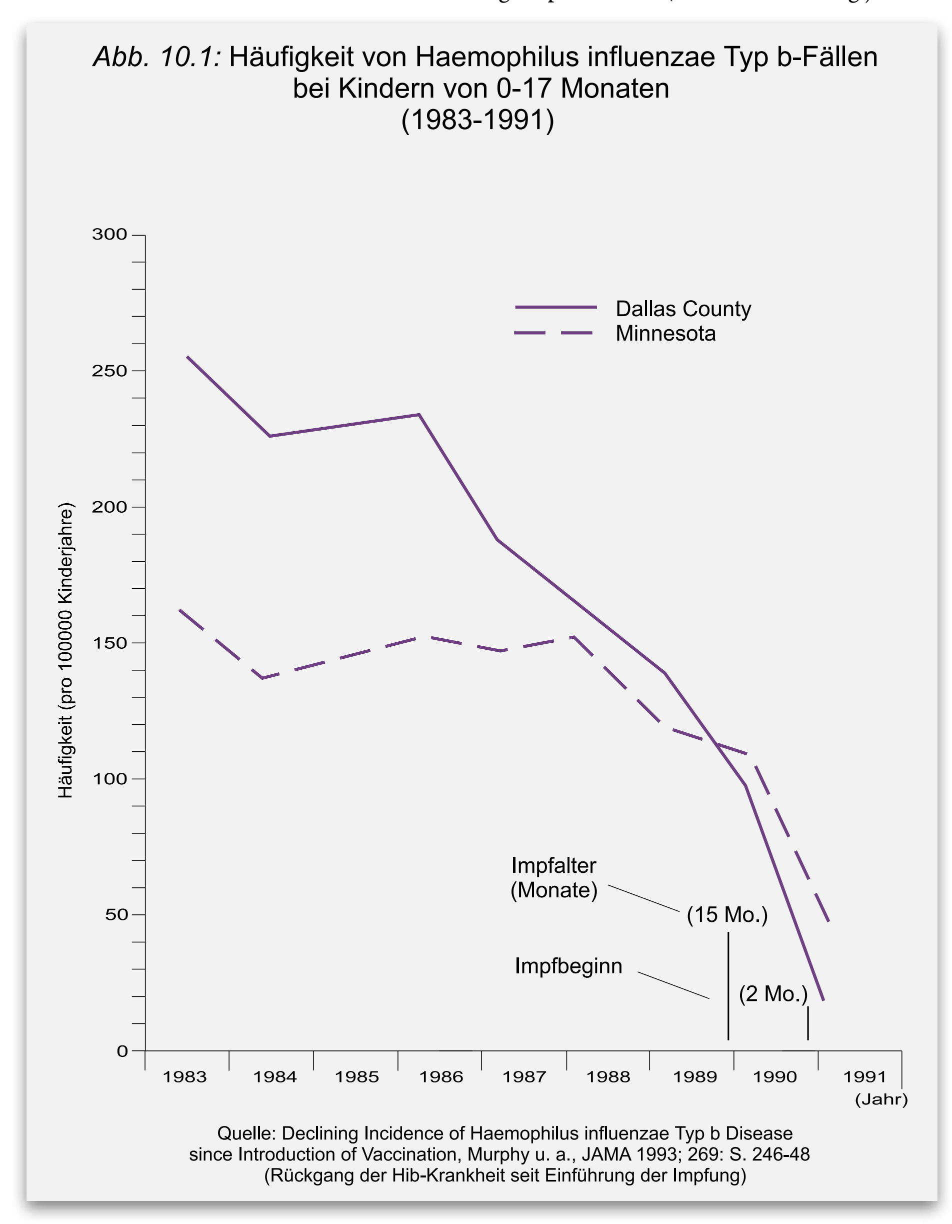
rum reicht bei einem bisher nicht Geimpften dafür eine Impfung aus, während von einem schon einmal Geimpften eine zweite verlangt wird? Wieso dürfen diese dann sofort in die Schule, obwohl die Gesundheitsbehörden doch selbst ausführen, dass der Aufbau eines Schutzes zumindest nach der ersten Impfung einige Tage braucht?

Darüber hinaus haben wir auch unsere verfassungsrechtlichen Bedenken zum Impfen allgemein und zum IfSG eingebracht, wo sich dieses aufs Impfen bezieht. Diese haben wir überwiegend auf Veröffentlichungen der fürs Impfen wesentlichen deutschen Bundesbehörden (besonders des RKI und des Paul-Ehrlich-Instituts PEI) gestützt. Sie entstammen dem Bundesgesundheitsblatt und dem Epidemiologischen Bulletin. Es ist nicht nur erstaunlich, dass diese Ausführungen dort – und nicht in einer „impfkritischen“ Zeitschrift – erschienen sind, sondern es gab danach auch keine öffentlich-wissenschaftliche Diskussion darüber, die diese Aussagen als unzutreffend zurückwies. Was zu erwarten gewesen wäre, wenn sie unzutreffend gewesen waren. So handelt es sich im nachfolgend beschriebenen wohl um den aktuellen Stand der Wissenschaft, den aber offenbar niemand in seiner Tragweite erfasst. Überhaupt scheint man insbesondere im Zusammenhang mit Impfungen nicht zu begreifen, dass Kritik auch dort die Grundlage der Wissenschaft ist. Impfkritik ist daher nicht als abwertend zu betrachten, sondern geradezu notwendig. **(**Hervorhebungen durch **Fett-** bzw. *Kursivdruck* stammen dabei von mir.)

„Abschied vom Mythos: Der Sieg über die großen europäischen Seuchen des 19. und der ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. ***… Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird“.*** (Rosenbrock, Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S. 753-62: Was ist New Public Health?).

Der Autor geht dabei insbesondere auf die Erkenntnisse des englischen Professors für Sozialmedizin, McKeown, ein. Dieser zeigte in seinem Buch „Die Bedeutung der Medizin“ (Suhrkamp 1982) auf, dass die Ursachen für Gesundheit meist außerhalb der Medizin liegen und auch Impfungen ein Wert zugesprochen wird, der diesen nicht gebührt. Das kann aber nur erkennen, wer sich die Epidemiologie der entsprechenden Krankheiten (Entwicklung der Häufigkeit und Schwere über lange Zeiträume) rückblickend ansieht. Deshalb finden Sie hierzu drei Abbildungen, die deutlich zeigen, dass die Vorgehensweise beim Impfen dringend zu hinterfragen ist. Die Beispiele zu Tuberkulose und Masern stammen aus dem eben erwähnten Buch McKeowns. **Der Rückgang der Todesfälle (als Parameter für schwere Krankheitsfälle) erfolgte lange vor dem Beginn der Anwendung von Impfungen und muss daher andere Ursachen haben** (frei nach Gorbatschow: wer zu spät kommt, den bestraft das Leben), wie auf einen Blick zu erkennen ist. McKeown nannte u. a. soziale, technische und hygienische Veränderungen und Verbesserungen in der Nahrungsversorgung. Der Glaube an den „Segen“ der Impfungen resultiert nur aus der Erinnerung, dass manche Krankheiten früher häufig waren und schwer verliefen, die heute selten sind. Und man hat keine andere Vorstellung, als dass diese Veränderungen nur eine Folge der Impfungen sein könnten. Dieser Irrtum wird nur erkennbar, wenn man sich die konkrete Entwicklung über längere Zeiträume ansieht, wie die Abbildungen zeigen.

Das dritte Beispiel zeigt uns, **dass wir dem selben Irrtum noch heute nachhängen.** Gegen Haemophilus influenzae Typ b (abgekürzt Hib) werden seit ca. 1990 die Säuglinge geimpft, diese Impfung ist der Stolz der Anhänger des Impfens in der modernen Zeit. Wie die Abbildung allerdings beweist, besteht für diesen Stolz absolut kein Anlass: **der Rückgang der Erkrankungen erfolgte fast vollständig vor Anwendung der Impfungen, die im Oktober 1990 begann.** Das heißt, dass auch hier die Impfung nicht die Ursache für den Rückgang gewesen sein kann. Die Autoren der Studie wunderten sich, dass die Krankheit bei den jungen Säuglingen schon verschwunden war, ehe sie geimpft wurden (was die Abbildung ja auch


Abb. 10.1: Häufigkeit von Haemophilus influenzae Typ b-Fällen bei Kindern von 0-17 Monaten (1983-1991)

Quelle: Declining Incidence of Haemophilus influenzae Typ b Disease since Introduction of Vaccination, Murphy u. a., JAMA 1993; 269: S. 246-48 (Rückgang der Hib-Krankheit seit Einführung der Impfung)

Abb. 2: Tuberkulose der Atmungsorgane:
Mittlere jährliche Todesraten (standardisiert auf die Bevölkerung von 1901)
England und Wales

Todesrate (pro Million)
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
1838
1860
1880
1900
1920
1940
1960 (Jahr)
Identifikation des
Tuberkulosebazillus
Chemotherapie
Streptomycin
(1948)
BCG-Impfung
(1953)

Quelle: Die Bedeutung der Medizin, McKeown, Suhrkamp 1982

zeigt). Dennoch lautet der Titel ihrer Untersuchung „Rückgang der Erkrankungszahlen seit Anwendung der Impfung" (Murphy u. a.: Declining incidence of Haemophilus influenzae Type b disease since introduction of Vaccination, JAMA 1993, 269: S. 246-48). Dass sich Fehler in der Wissenschaft fortsetzen, zeigt uns dann eine Studie, die der

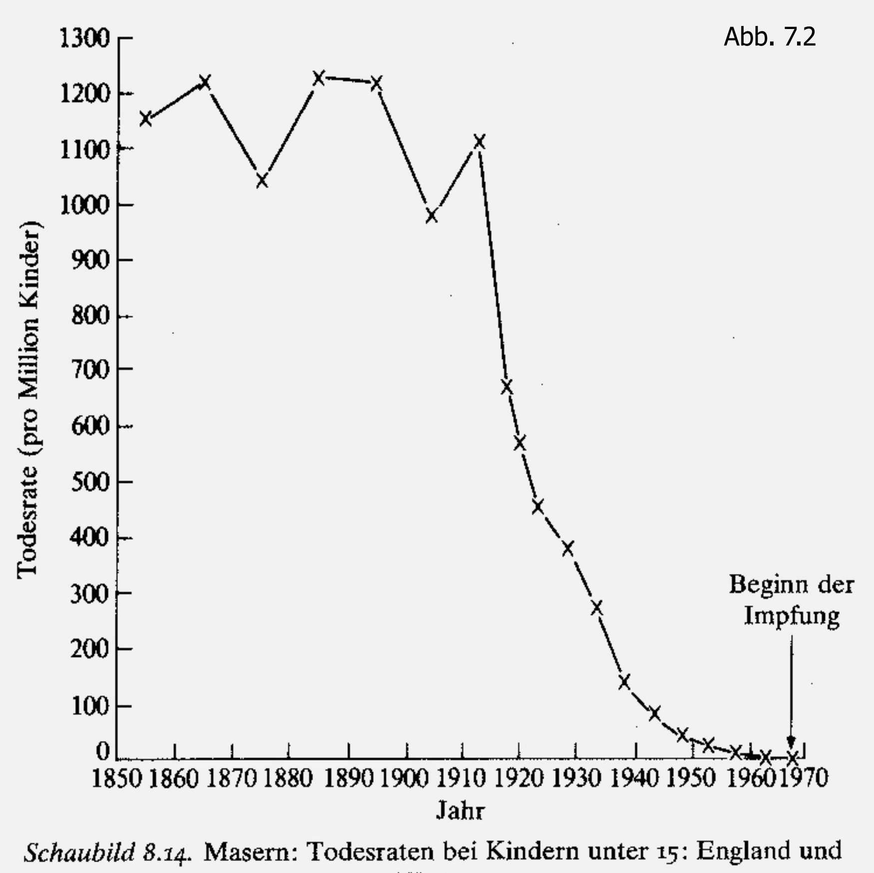


Schaubild 8.14. Masern: Todesraten bei Kindern unter 15: England und Wales.

WHO (zu dieser ist später noch mehr zu sagen) als Beweis dafür dient, dass eine Impfung gegen Hib auch weltweit sinnvoll sein soll (die ärmeren Länder konnten sich diese bisher nicht leisten). Als erste angeblich beweisende Quelle (von insgesamt 43!) wird die eben genannte von Murphy aufgeführt (Watt u. a.: Burden of disease caused by Haemophilus influenzae type b in children younger than 5 years: global estimates, Lancet 2009, 374: S. 903-11). So funktionieren Studien (so genannte Meta-Analysen) in der modernen Zeit: niemand hat offensichtlich die Arbeit gelesen, sondern nur die Überschrift, welche einen scheinbaren Nutzen der Impfung suggeriert. Das Geld für die Impfungen stammt von der Gates-Stiftung.

„Zwei Drittel der von den Expertenkomitees des Instituts für Medizin der US-amerikanischen Akademie der Wissenschaft **analysierten möglichen Komplikationen nach Schutzimpfungen des Kindesalters konnten ursächlich weder zugeordnet noch ausgeschlossen werden.** … Als Ursache für die Wissenslücken nannten die Expertenkomitees (u. a.): **– fehlendes Verständnis der einer Impffolge zugrunde liegenden biologischen Abläufe –** ungenügende oder widersprüchliche Fallberichte und Studienergebnisse **– begrenzte Aussagekraft bestehender Surveillancesysteme hinsichtlich Kausalität"** (Dittmann, Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S. 316-22: Risiko des Imp-

fens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein). Der Autor war damals Mitglied der STIKO und aktiv für die WHO tätig. Wenn wir aber die biologischen Abläufe einer möglichen Impffolge nicht verstehen, können wir nicht wissen, was von einer Impfung verursacht wird, und was nicht.

„Um die Meldebereitschaft der Ärzteschaft zu erhöhen, ist vermehrte Aufklärungsarbeit notwendig. Im Sinne des Impfgedankens [sic!] sollten Behörden und Ärzteschaft eng zusammenarbeiten. Lasek et al.[3] *schätzen, dass* ***maximal 5 % der schwerwiegenden Nebenwirkungen im Rahmen von Spontanerfassungssystemen gemeldet werden".***

(Keller-Stanislawski/Hartmann, Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S. 344-54: Auswertung der Meldungen von Verdachtsfällen auf Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz).

Beide Autoren waren damals beim PEI. Quelle[3] stammt von 1991. Ist es nicht bedenklich, wenn sich bis heute am Meldeverhalten , selbst mit dem IfSG und der dortigen gesetzlichen Meldepflicht seit 2001, nichts verbessert hat? Und nicht erkennbar ist, welche konkreten Maßnahmen etwa RKI und PEI ergreifen, um das zu verändern. Bisher wird nur auf die Meldepflicht hingewiesen, **nicht aber von der im IfSG § 73 vorgesehenen Möglichkeit der Geldbuße (bis 25.000 Euro) Gebrauch gemacht.** So bleibt das Gesetz ein Papiertiger. Und eigentlich kann auf dieser Grundlage des Unwissens niemand das Impfen verantworten, weil wir die Frage der Sicherheit nicht ausreichend beantworten können.

Wenn wir die Zahlenangaben der beiden letztgenannten Zitate zusammenfassen, ergibt sich ein Bild, das alle nachdenklich machen sollte und dringenden Handlungsbedarf nötig macht. Nur max. 5 % möglicher Impffolgen werden gemeldet, was bedeutet, dass min. 95 % nicht zur Meldung gelangen. Zu 2/3 nicht zu wissen, ob sie von Impfungen verursacht wurden, heißt, dass dies von 1/3 bekannt ist. 1/3 von 5 % sind ca. 1,7 %. Damit wissen wir also von 98,3 % nicht, ob Impfungen die Ursache waren oder nicht. Wer kann da von *„sicheren Impfungen"* sprechen? **Auf dieses Nichtwissen, das also viel größer als unser Wissen ist, sind sowohl die Bürger und die Ärzteschaft, aber auch die politischen Mandatsträger hinzuweisen. Darauf haben sie ein grundgesetzliches Recht, das muss kommuniziert werden, das bedeutet Transparenz.**

„Das vorhandene System der passiven Surveillance von Meldungen von Gesundheitsstörungen nach Impfung ***ist grundsätzlich nicht in der Lage, epidemiologische Aussagen zur Häufigkeit des Auftretens von Komplikationen nach Impfung zu treffen. … Die Meldedaten können also nicht die Frage beantworten, ob Impfungen oder bestimmte Impfstoffe „sicher" sind,*** *sie können lediglich Hinweise auf neue Risikosignale liefern".*

(Keller-Stanislawski u. a., Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1151-64: Verdachtsfälle von Impfkomplikationen …).

Die Autoren sind von RKI und PEI. **Woher wissen wir dann, wie häufig Probleme nach Impfungen sind? Wie kommen wir ohne ein solches Wissen zu einer positiven Nutzen-Risiko-Abwägung, zu einer Impfstoffzulassung und einer Impfempfehlung?**

„Entscheidend für die Beantwortung dieser Fragen ist einerseits ***eine klare Positionierung der politischen Entscheidungsträger,*** *andererseits der* ***objektive Nachweis der Wirksamkeit der betreffenden Impfprogramme.*** *Diese Forderung ist im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin nicht nur* ***ein allgemein gültiger Anspruch der kritischen Wissenschaft, sondern auch ein berechtigter Wunsch der Gesellschaft, die das Impfprogramm finanziert.*** *… Die Klage über das Fehlen geeigneter Surveillanceprogramme, die die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen von Impfprogrammen kontinuierlich erfassen und so eine Steuerung allgemeiner Impfungen gestattet, zieht sich leider wie ein roter Faden durch viele Beiträge des vorliegenden Heftes".*

(Hengel/v. Kries, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S. 1003-5: Editorial Impfen).

Schön, dass wir hier einmal klar erfahren, **dass es keine kostenlosen Impfungen gibt, sondern die Bürger diese bezahlen.** Es fehlt also sowohl der Nutzen-, als auch der Risikonachweis. **Wie lösen wir einen mathematischen Bruch, bei dem wir weder den Zähler (= Nutzen), noch den Nenner (= Risiko) kennen?** Alles Logik und Wissenschaft, oder?

Wie sollen sich denn politische Entscheidungsträger positionieren, wenn sie wesentliche Aspekte, die ihre Entscheidung beeinflussen, nicht kennen? Nach Artikel 5 GG sind Wissenschaft und Forschung zwar frei, aber der Treue zur Verfassung verpflichtet.

„Prof. Mertens vom Institut für Virologie der Universität Ulm und Mitglied der STIKO stellte die Aufgaben der STIKO und die aktuelle standardisierte Methodik zur Entwicklung von Impfempfehlungen in Deutschland vor. Dabei warf er die Frage auf, welche Qualität der Evidenz für eine Empfehlung vorliegen sollte und ***wie vorzugehen ist, wenn Daten für Deutschland weder bislang vorliegen noch in naher Zukunft zur Verfügung stehen werden.*** *…Wichtig seien Informationen,* ***ob der Impfstoff nicht nur immunogen sei (eine Antikörperreaktion auslöst), sondern darüber hinaus auch tatsächlich einen Schutz gegen die impfpräventable Erkrankung induziere …".***

(Matysiak-Klose/Wichmann: Bericht zum internationalen Workshop „Methoden zur Entwicklung standardisierter evidenzbasierter Impfempfehlungen", Epidemiologisches Bulletin 12/2011 vom 28.03.2011, S. 89-93).

Die Autoren sind vom RKI. Wenn aber keine Daten zum Nutzen (Schutzwirkung vor den Krankheiten, gegen die geimpft wird) vorliegen, fehlt uns die Grundlage für eine sinnvolle Anwendung von Impfungen.

Aufgrund dieser Ausführungen, die vielleicht in Ihnen manche Emotionen ob ihrer Tragweite auslösen, können Sie jetzt eine sachliche Entscheidung treffen.

Kritische Prüfung ist der Königsweg der Wissenschaft, dem müssen sich auch die Vertreter des Impfens stellen. Die politischen Entscheidungsträger brauchen vollständige Informationen, um ihrem Auftrag gerecht werden zu können.

In diesem Zusammenhang sei noch darauf verwiesen, sich Zielen der WHO ebenfalls nur nach eingehender Prüfung anzuschließen. Sei es, die Eliminierung (schrecklicher Begriff) von Masern betreffend, oder, wie uns allen wohl noch in Erinnerung, im Umgang mit der so genannten „Schweinegrippe". Diese WHO impft beispielsweise bis heute gegen Tbc, obwohl, wie sie selbst und die US-amerikanische Gesundheitsbehörde CDC in dem Buch „Vaccines" beschreiben, bis heute kein Wirksamkeitsnachweis vorliegt (Smith u. a.: Tuberculosis vaccines, Vaccines, Plotkin u. a., S. 857-85, 5. Auflage, Saunders 2008) . Mehr noch, die WHO hatte schon 1979 als Ergebnis einer 7jährigen Studie in Indien festgestellt, dass Geimpfte häufiger an Tbc erkrankt waren, als nicht Geimpfte (Trial of BCG vaccines in South India for tuberculosis prevention: first report, Bulletin of the WHO 1979, 57[5], S. 819-27). Das war 1983 auch im Bundesgesundheitsblatt zu lesen (Brehmer, Zur Bestimmung der Wirksamkeit von BCG-Impfstoffen anhand von randomisierten Feldstudien, 5/1983, S. 145).

Das Verhalten der WHO ist diesbezüglich

nicht verantwortbar. Und es steht ganz im Gegensatz zu deren Einsatz für das Stillen von Säuglingen, wo sie wissenschaftlich objektiv vorgehen, trotz auch dort starker wirtschaftlicher Interessen der Hersteller von Säuglings- und Kleinkindernahrung (Quelle: WHO-Kodex zum Stillen).

Das Bundesverfassungsgericht und der europäische Gerichtshof für Menschenrechte werden zu klären haben, ob es beim Impfen so weiter gehen kann, wie bisher. Sie können sich angesichts der beschriebenen Tatsachen vorab aus Einsicht für eine politische Lösung einsetzen.

Für Ihre Aufmerksamkeit und Ihren Einsatz besten Dank.

Jürgen Fridrich

Schreiben des Bundesministerium für Gesundheit, Referat 323 vom 12.06.2013:

Sehr geehrter Herr Fridrich,

bereits im September 2012 hatten Sie neben einer Petition an den Deutschen Bundestag in Bezug auf Schulbetretungsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz und Schutzimpfungen ein mit der Petition übereinstimmendes Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit gesandt. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte im Rahmen des Petitionsverfahrens dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages eine Stellungnahme zu Ihrer Eingabe übersandt. In Erledigung Ihres unmittelbar an das Bundesministerium gerichteten Schreibens teile ich Ihnen nachfolgend die Inhalte der Stellungnahme mit. Die aufgrund anderer dringender Dienstaufgaben stark verspätete unmittelbare Beantwortung bitte ich zu entschuldigen.

Sie äußern allgemein Zweifel an dem Nutzen von Schutzimpfungen und sind deswegen der Meinung, dass Schutzimpfungen und Regelungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) nicht mit dem Grundgesetz vereinbar seien.

Sie beziehen sich eingangs auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 22. März 2012 (Az. 3 C 16.11), in dem das Bundesverwaltungsgericht die Rechtswidrigkeit eines mehrtägigen Schulausschlusses festgestellt hat, den eine örtliche Gesundheitsbehörde gegenüber einem Schüler auf der Grundlage von § 28 IfSG verfügt hatte, weil in einer benachbarten Schule ein Masernfall aufgetreten war und der Schüler wegen fehlenden Masern-Impfschutzes als Ansteckungsverdächtiger angesehen wurde. Das Bundesverwaltungsgericht bewertete die Maßnahme als rechtswidrig, da ein Anhörungsmangel vorliege und die von der Behörde ermittelten Tatsachen über die Kontakte des Schülers für einen Ansteckungsverdacht noch nicht ausreichten. Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts hat keine Auswirkungen im Hinblick auf das IfSG. Zwar hatte der Bundesrat zwischenzeitlich eine Ausweitung von Befugnissen der Gesundheitsverwaltung gefordert (BT-Drs. 17/5708, 5. 11 und 19), Dabei bezog sich der Bundesrat aber noch auf das Urteil der Vorinstanz beim Niedersächsischen Oberverwaltungsgericht. Das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht hatte auch allgemeine rechtliche Feststellungen getroffen, die die seuchenrechtlichen Reaktionsmöglichkeiten der Gesundheitsbehörden einzuschränken drohten. Aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes ergab sich dann jedoch, dass lediglich Fehler beim Gesetzesvollzug im konkreten Einzelfall vorgelegen haben und es keiner Gesetzesänderung bedarf. Eine etwaige Rechtswidrigkeit von Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes war bei keiner Gerichtsinstanz ein Thema.

Ihre weiteren Ausführungen stehen nicht in einem inhaltlichen Zusammenhang mit den vorgenannten Gerichtsurteilen. Sie äußern Bedenken über die Wirksamkeit und die Sicherheit von Schutzimpfungen und den Nutzen bestimmter Maßnahmen des Infektionsschutzes. Da der Infektionsschutz gesetzlich verankert ist, sehen Sie einen Widerspruch zwischen Teilen des IfSG und dem Grundgesetz.

Ein von Ihnen vorgetragener Kritikpunkt betrifft Impfbuchkontrollen und Schulbetretungsverbote von ungeimpften Personen bei einem Masern-Ausbruch. Ihnen ist darin zuzustimmen, dass aufgrund der hohen Kontagiosität des Masern-Virus Personen ohne immunologischen Schutz, die Kontakt zu einem Masernkranken hatten, bereits infiziert sein könnten. Daraus ist zu schließen, dass ein Schulbetretungsverbot für ansteckungsverdächtige Personen sinnvoll ist, da sie aufgrund der potenziellen Infektion selbst wiederum ansteckend werden können und so zur Weiterverbreitung der Krankheit beitragen.

Sie kritisieren jedoch, dass bei Auftreten eines Masernfalles in einer Gemeinschaftseinrichtung dort betreute Kinder und Jugendliche und die Betreuer aufgefordert werden, ihren Impfausweis am nächsten Tag zur Kontrolle mitzubringen. Sie sehen darin einen Verstoß gegen das gesetzliche Ziel nach § 1 IfSG, die Weiterverbreitung von Infektionen zu verhindern, da bei der Kontrolle des Impfausweises in der Einrichtung ein Ansteckungsrisiko bestehe. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass ansteckungsverdächtige Mitschüler weiter den Unterricht zu besuchen hätten, wenn das Gesundheitsamt kein Schulbesuchsverbot verhängt Denn für ansteckungsverdächtige Mitschüler gilt nicht schon das gesetzliche Betretensverbot nach § 34 IfSG. Und für ihre Entscheidung über ein Verbot benötigt die Gesundheitsbehörde u. a. Informationen über die Empfänglichkeit der einzelnen Person für die Krankheit. Die Überprüfung des Impfstatus anhand der Impfausweise ist daher eine erforderliche und zulässige Ermittlungsmaßnahme.

Die Gesundheitsbehörden können darüber hinaus auch Schutzimpfungen anbieten oder die Einholung von Impfschutz anregen. Zur Masern-Impfung ist festzustellen, dass diese bis zu drei Tage nach Exposition einen Krankheitsverlauf noch abmildernd beeinflussen und die Infektionskette unterbrechen kann. Dies entspricht gängigem Wissen (s. z. B. Barrabeig et al. PIDJ 2011 (30)1:78-80) und findet sich daher in nationalen Empfehlungen (wie z. B. der Ständigen Impfkommission (STIKO) und des Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) in den USA).

Der von Ihnen vorgetragenen These, dass der Rückgang von Erkrankungen ausschließlich eine Folge verbesserter Hygiene und Ernährung sei und nichts mit Impfungen zu tun hätte, liegt keine systematische Literaturrecherche und anschließende Bewertung zugrunde. Die Argumentation überzeugt insgesamt nicht.

So greifen Sie am Beispiel einer Publikation über den Rückgang von Haemophilus influenzae Typ b (Hib)-Erkrankungen in zwei US-Bundesstaaten allein den Fakt heraus, dass dieser Rückgang bereits vor der Einführung der Hib-Impfung begann. Die Schlussfolgerungen der Autoren in derselben Arbeit, dass die Hib-Impfung gegen die Erkrankung sowie die Weiterverbreitung des Erregers schützt, sowie Publikationen sowohl aus den USA als auch aus anderen Ländern, die den Rückgang der Hib-Erkrankungen infolge der Impfung belegen, werden von ihnen dagegen nicht beachtet.

Zu Ihrem weiteren Beispiel – der Impfung gegen Tuberkulose (Tbc) – muss angemerkt werden, dass diese Impfung in der Überwachung ihrer Anwendung in der Tat eine unzureichende Effektivität hinsichtlich der Verhinderung von Tbc-Infektionen gezeigt hat, so dass sie heute in Deutschland

bei niedriger Krankheitslast und Sterblichkeit nicht mehr für alle Säuglinge empfohlen wird. Unbestritten ist aber auch, dass die BCG-Impfung schwere Verlaufsformen der Tuberkulose (Meningitis und Miliartuberkulose) verhindern kann. In einer 2006 im Lancet_publizierten Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass diese Impfung für Länder mit hoher Tbc-Krankheitslast eine äußerst kosteneffektive Strategie ist und hier – neben der medikamentösen Therapie – weiterhin ein fester Bestandteil der Tuberkulose-Kontrolle sein sollte (Trunz et al. Lancet 2006; 367: 1173-80).

Auch das angeführte Beispiel des Rückgangs der Masern-Todesfälle bereits vor Einführung der Impfung darf nicht über den Beitrag der Masernimpfung zur weiteren Reduzierung von Masern-Todesfällen hinwegtäuschen. In einer aktuellen Schätzung der Weltgesundheitsorganisation zu Masern-bedingten Todesfällen weltweit (Simons et al. Lancet 2012; 379: 2173-8) konnte gezeigt werden, dass der Anstieg der Impfquote von 72 % auf 85 % zu einer Reduktion der Masern-Todesfälle von 545.300 im Jahr 2000 auf 139.300 im Jahr 2010 geführt hat. Unzweifelhaft ist die Reduktion um 74 % (bzw. fast 400.000 Todesfälle) in nur 10 Jahren ein besonderer Erfolg einer Intervention durch Impfung.

Das Robert Koch-Institut hat in Abstimmung mit dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) seit 2007 Antworten auf häufige Einwän-de von Impfkritikern auf seinen Internet-seiten publiziert (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/lmpfen/Bedeutung/Schutz-impfungen 20 Einwaende.html „Schutzimpfungen – 20 Einwände und Antworten des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts“). Die Beispiele Masern und Hib-Erkrankungen werden in der Argumentation ebenso genannt und erläutert wie Informationen zur Sicherheit und zur Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen durch das PEI.

Zusammenfassend lassen die von Ihnen vorgetragenen Argumente eine umfassende Sorge gegenüber der Anwendung verschiedener Impfungen und Maßnahmen des Infektionsschutzes erkennen. Ihre Schlussfolgerungen sind jedoch aufgrund der nicht vollständigen Recherche und fehlerhaften Interpretation unzutreffend.

Dieses Antwortschreiben erledigt gleichzeitig Ihre gleichlautenden Anfragen an das Bundeskanzleramt, das Bundesministerium der Finanzen, das Bundesministerium der Justiz, das Bundesministerium der Verteidigung, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Umwelt Naturschutz und Reaktorsicherheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Norbert Höhl

Antwort Fridrich vom 19.06.2013:

(Die Antwort ging auch an die Mitglieder der Bundesregierung, allen voran Frau Bundeskanzlerin Merkel und an den Petitionsausschuss des Bundestages)

Sehr geehrter Herr Höhl,

vielen Dank für die Beantwortung meiner Schreiben vom 06.09.2012 und vom 26.02.2013. Vielleicht können Sie mir Ihre Stellungnahme zu meiner Eingabe an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages noch zusenden.

Nachfolgend gehe ich auf Ihren Brief ein, um Unklarheiten zu beseitigen bzw. auf die von Ihnen vorgebrachten Äußerungen, wie *„nicht vollständige Recherche und fehlerhaften Interpretationen“* einzugehen. Dazu habe ich Ihr Schreiben an den entsprechenden Stellen mit den Zahlen 1. bis 12. gekennzeichnet; Sie erhalten es in Kopie zurück.

Gleichzeitig sende ich diesen Brief an den Petitionsausschuss, die Kanzlerin und die Bundesministerien, einschließlich Herrn Minister Bahr. Aus meiner Sicht ist der Vorgang keineswegs beendet.

Zur Heranführung an die Anforderungen an Wissenschaft bietet sich zunächst ein Beitrag von Prof. Kurth (damals Präsident des RKI) an, der in der Ausgabe 4/2008 des Bundesgesundheitsblatts (S. 458-66) erschien: *„Was ist gute Wissenschaftliche Politikberatung?“* Interessanterweise gehört dieser Beitrag zur Reihe „Wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat“. Genau darum geht es bei der Überprüfung von Impfungen hinsichtlich Nutzen und Risiko: Sind öffentliche Impfempfehlungen mit der Verfassung vereinbar, wenn wir etwa Art. 2 oder Art. 5 GG heranziehen?

Kurth führte u. a. aus:

„Auch im Vorfeld neuer rechtlicher Regelungen, etwa von Bundesgesetzen oder EU-Regelungen, greifen die Fachministerien jederzeit auf den Sachverstand ihrer Einrichtungen zurück. Daher müssen die Institute auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik sein, und ***ihre Aussagen müssen belastbar sein.*** *… Eine wichtige Voraussetzung ist dabei Transparenz.* ***Wissenschaftler müssen wesentliche Wissenslücken deutlich aufzeigen,*** *damit Politiker Unwägbarkeiten bewerten und kompetente Entscheidungen fällen. … Das Vertrauen in die Wissenschaft – insbesondere in die Naturwissenschaften – beruht darauf, dass Wissen das Ergebnis experimenteller oder theoretischer Untersuchungen ist und damit auf nachprüfbaren und reproduzierbaren Fakten beruht. Gleichzeitig ist Wissenschaft aber auch ein dynamischer Prozess, bei dem laufend neue Daten generiert werden und Vertrautes in einem neuen Licht erscheinen lassen.* ***… Wissenschaftler dürfen Erkenntnisse aus der Wissenschaft nicht subjektiv auswählen.*** *Sendungsbewusstsein – nicht zu verwechseln mit Interesse und Leistungsbereitschaft – kann hier zum Problem werden. Übersteigerte Identifikation und fehlende Distanz zum eigenen Tun können ebenfalls* ***dazu führen, Ergebnisse zu ignorieren, die nicht zur eigenen Erwartung passen. … An die Verlässlichkeit einer Information müssen bei Bundesinstituten besonders hohe Anforderungen gestellt werden.“***

Um die Bedeutung der Kritik für die Wissenschaft zu beleuchten, bietet sich ein weiterer Beitrag aus dem Bundesgesundheitsblatt an. Dieser erschien in der Ausgabe 4/2011 (S. 505-6) als Leserbrief von Prof. Ropohl. Unter dem Titel „Kritiker sind keine ‚Leugner‘ heißt es dort: *„Wissenschaft ist auf der Suche nach Wahrheit. Aber was sie findet, das sind immer nur vorläufige Annahmen, vorläufig,* ***solange keine ernsthaften Gegengründe vorgebracht werden.*** *Wissenschaft bildet Erkenntnis auf Probe, keine unbezweifelbare Wahrheit.* ***Jede These muss sich kritischer Prüfung stellen.*** *Was solcher Prüfung standhält, gilt als vorläufig bewährt. Nicht Wahrheit ist das Gütesiegel der Wissenschaft, sondern Bewährung.* ***Kritische Prüfung ist der Königsweg der Wissenschaft, und kritische Prüfung erfordert den methodischen Zweifel.*** *Wer an wissenschaftlichen Vermutungen zweifelt und nach kritischer Prüfung Gegengründe anführen kann, unterstützt den Fortschritt der Wissenschaft, indem er hilft, die Zahl der Irrtümer zu verringern. … Doch die einzelnen Forscher haben häufig Schwierigkeiten damit. Was sie mit Intuition, Anstrengung und Fleiß erarbeitet haben, muss, in ihren Augen, über jeden Zweifel erhaben sein. Wer das trotzdem kritisch prüft, stört ihre Selbstgewissheit. Der Zweifler ist zwar ein Freund der Wissenschaft, aber der Feind von Forschern, die vorschnell ihre vorläufige Erkenntnis für endgültige Wahrheit halten wollen. Diese schlagen ‚Immunisierungsstrategien‘ (H. Albert) ein, mit denen sie den Skeptiker für unzuständig,*

fremdbestimmt oder unvernünftig erklären. Haben sie auf diese Weise die Person, die Kritik vorbringt, unglaubwürdig gemacht, **brauchen sie sich, so glauben sie, mit den Inhalten der Kritik gar nicht erst zu beschäftigen.** *… Eher folgt aus den hier erwähnten und zahlreichen anderen Arbeiten, dass jene Hypothese von der Mehrzahl der Untersuchungen nicht bestätigt werden konnte. Wer diese Argumentationslage ernst nimmt, ist kein unwissenschaftlicher ‚Leugner', sondern im Gegenteil ein vorbehaltloser Wissenschaftler, der das Prinzip der kritischen Prüfung über alles stellt."*

1. Mein Schreiben vom 06.09.2012 war auch an den Bundestagspräsidenten Herrn Lammert gerichtet, mit der Bitte, es an die Abgeordneten des Bundestages weiterzuleiten. Mit Schreiben vom 19.09.2012 wurde mir dann mitgeteilt, dass dieser Brief als Eingabe an den Petitionsausschuss weitergegeben worden war[1].

2. Ich zitiere die Literatur überwiegend aus den Veröffentlichungen der Bundesinstitute, die in Deutschland beim Impfen maßgeblich sind. Insofern geht es nicht um meine Meinung, sondern **um die Notwendigkeit, die Vereinbarkeit öffentlicher Impfempfehlungen mit dem Grundgesetz angesichts des Nichtwissens zu überprüfen[2].**

3. Ich habe, wie meinem Brief vom 06.09.2012 zu entnehmen ist, den Kläger in allen Instanzen als Sachverständiger begleitet. **In allen Instanzen wurde im Rahmen meiner Begründung der Klage auch auf die Verfassung abgehoben.** Die Gerichte konnten den Maßnahmen auch aus medizinischer Sicht nicht folgen. Da sie aber verwaltungsrechtlich den Fall klären konnten, befassten sie sich nicht mit der Verfassungsfrage. Wie Ihnen der Vertreter des Bundesinteresses Dr. Sendler, der in Leipzig ja an der Verhandlung teilnahm, bestätigen kann, **hat mir der Vorsitzende Richter des BVerwG während der Verhandlung empfohlen, mein Anliegen in Karlsruhe vorzulegen.** Mein Schreiben vom 06.09.2012 beinhaltet für die politischen Entscheidungsträger die Möglichkeit, einer Verfassungsbeschwerde zuvor zu kommen[3].

4. Meine Ausführungen zu Nutzen und Risiko von Impfungen stehen sehr wohl im Zusammenhang eben mit diesen Urteilen, waren ja auch – belegt durch zahlreiche Quellen – Inhalt der Klagebegründung. Da die ergriffenen Maßnahmen, nicht nur in diesem Einzelfall, sondern als seit Jahrzehnten übliche rechtswidrige Praxis sich auch nicht mit medizinischer Logik begründen lassen, ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in allen Teilen, wo es sich auf Impfungen bezieht, hinsichtlich der Verfassung zu überprüfen[4].

5. Sie irren sich, wenn sie davon ausgehen, dass ich die Kontrolle des Impfausweises kritisiere. Nein, Kritik übe ich daran, die Betroffenen zur Kontrolle wieder zusammenzurufen. Denn dann können sich auch die noch anstecken, die das bisher noch nicht sind. Und das verstößt gegen § 1 des IfSG, weil damit eben eine Weiterverbreitung gerade nicht verhindert, sondern begünstigt wird. Die seit vielen Jahren übliche Praxis, die wohl unüberlegt aus einfacher Praktikabilität zur Kontrolle des Impfstatus erfolgt, gefährdet genau diejenigen, die man vor einer Ansteckung zu schützen hat; ja, von denen man vorgibt, sie schützen zu wollen. Der Impfstatus **muss** auf andere Weise ermittelt werden. Das geschieht mittlerweile ja mancherorts auch, wie ich aus Rückmeldungen im Rahmen des aktuellen Masterngeschehens im Raum Berlin erfahren habe. Außerdem müssen die Betroffenen auch darauf hingewiesen werden, sich außerhalb der Schule nicht zu versammeln, z. B. sich nicht abends zum Fußballtraining oder in der Disko zu treffen. Denn dort besteht dieselbe Möglichkeit zur Ansteckung. Nur dann entsprechen die Gesundheitsbehörden den Vorgaben des IfSG. Die Richter rügten, dass ansonsten die Eltern den Schulausschluss nur als Zwangsmaßnahme wegen des nicht geimpft Seins empfinden können, nicht aber als sinnvoll aus Sicht der Vorbeugung[5].

6. In schöner Regelmäßigkeit berichtet das RKI in seinem „Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten" über das Nichtwirken der Impfung nach Exposition und zählt das auch nicht als Versagen, sondern stellt fest, dass kein Impfschutz bestand (Q 1.1-1.8). Eine scheinbare Wirksamkeit ergibt sich nur daraus, dass eben auch Menschen trotz Exposition nicht erkranken, egal ob geimpft oder nicht. Wenn wir zum Beispiel drei Monate alte Säuglinge gegen Hepatitis B impfen, erkranken die danach auch nicht an Hepatitis B. Aber nicht, weil sie die Impfung schützt, sondern weil bei ihnen gar kein Erkrankungsrisiko besteht[6].

7. Wenn Sie die Quellen gelesen haben, stellen Sie zweifelsfrei fest, dass dort die Autoren, häufig von RKI, PEI und STIKO, selbst darstellen, dass die Impfprogramme nicht evaluiert sind. Meine Beispiele bestätigen das nur. Ich schreibe von Beispielen, was ja darauf hinweist, dass es noch mehr solcher Beweise gibt. Auch schreibe ich nicht, dass der Rückgang der Erkrankungen ausschließlich eine Folge verbesserter Hygiene und Ernährung sei, sondern zitiere Rosenbrock bzw. McKeown aus dem Bundesgesundheitsblatt 8/2001: McKeown nannte u. a. soziale, technische und hygienische Veränderungen und Verbesserungen in der Nahrungsversorgung. Weiter sind z. B. erwähnenswert: Wasser- und Abwasserversorgung, Frieden/Krieg, Stillen, Einführung von Falldefinitionen, Änderung von Meldekriterien und Krankheitsdiagnostik. Insbesondere führt auch das Nichtmelden von Erkrankungen Geimpfter zu einem scheinbaren Impferfolg. Das ist u. a. zu Masern, Keuchhusten und aktuell erst vor kurzem im Zusammenhang mit Mumps in Bayern beschrieben worden. Anbei erhalten Sie eine vierseitige Literaturübersicht, die das Versagen der Masernimpfung trotz höchster Impfraten aufzeigt (Q2.1-2.4). Dazu brauche ich keine Meinung zu äußern, sondern muss nur objektiv wahrnehmen: die Hypothese zum Impfen muss auf den Prüfstand. Lesen Sie bitte noch einmal nach, was Prof. Kurth beschrieben hat. Oder schlagen Sie das Buch von Prof. Fanconi „Der Wandel der Medizin" auf. Er benennt sogar die Gehirnregion, die auch Wissenschaftler hindert, etwas in Frage zu stellen: Formatio reticularis. Pflichtlektüre in dieser Hinsicht sollte auch Prof. Dörners Buch „Die Logik des Misslingens" sein, der aufzeigt, wie man durch hypothesenkonforme Informationsauswahl immer sich selbst bestätigt. Die Autoren von „Der Schein der Weisen" (Beck-Bornholdt/Dubben) nennen ein ganzes Kapitel ihres Buches „Die Lebenslüge der medizinischen Forschung". Ausführliche weitere Beweise meiner Recherche finden Sie auch in meinem Buch „Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen". Daraus lege ich Ihnen weitere Abbildungen, sowie das Quellenverzeichnis bei (Q 3.1-3.22). Die Frage ist, was überzeugt Sie denn von der Impfungen befürwortenden Sicht, wenn doch meine ganzen Quellen von deren Vertretern stammen und alle eindeutig erhebliches Nichtwissen zum Ausdruck bringen. Offensichtlich erfasst man die Tragweite nicht, vielleicht auch, weil man diese Quellen noch nie im Zusammenhang betrachtet hat. Falls Sie selbst bei einer der drei Nationalen Impfkonferenzen waren, müssten Sie meine dortigen Ausführungen mitbekommen haben. Ansonsten bitte ich Sie, einmal z. B. Prof. Zepp (Mitglied der STIKO), Prof. Knuf aus Wiesbaden, Herrn Leidel (STIKO-Vorsitzender), Frau Keller-Stanislawski (PEI)

oder Herrn Wichmann (RKI) auf mich anzusprechen. Diese werden mich alle als kompetent und sachlich beschreiben, auch wenn ich eine ganz andere Sicht zum Impfen habe als sie. Bei der Impfkonferenz im Mai in München wurden auch zwei A-0-Poster von mir ausgestellt, und meine Beiträge finden sogar in den Veröffentlichungen zur Konferenz Berücksichtigung (Q 4.1-4.4)[7].

8. Schön, dass Sie sich dem Hib-Beispiel widmen. Der Rückgang begann nicht nur, wie Sie schreiben, bereits vor der Einführung der Impfung, sondern erfolgte praktisch vollständig vorher. Das zeigt die Abbildung sehr deutlich und, wie ich auch in meinem Brief geschrieben habe, wundern sich die Autoren auch im Text ihres Beitrags darüber, dass die Krankheit schon verschwunden war, bevor sie die jungen Säuglinge impften. **Zu dem Zeitraum nach der Impfung konnten sie gar keine Aussagen machen, da ihre Ausführung sich mit diesem gar nicht befasste.** Daher ist auch ihr Titel eines der drastischsten Beispiele für Nichtwahrnehmen der Wirklichkeit: Rückgang seit Einführung der Impfung – obwohl die Abbildung und der Zeitraum der Veröffentlichung die Zeit nach der Impfung überhaupt nicht behandelt. Auch das ist **ein** Beispiel. Woraus Sie schließen, dass ich andere Studien nicht beachte, bleibt mir verborgen. Gern lege ich Ihnen meine Veröffentlichung zu Hib bei (ca. 20 Seiten, Q 5.1-5.22). Dort finden Sie zahlreiche Beispiele aus der nationalen und internationalen Literatur über Irrtümer auch zu Hib. Wahrscheinlich können Sie dann auch Ihre Aussage zur Recherche neu überdenken. Es wird Sie interessieren, dass auch eines meiner beiden schon erwähnten A-0-Poster bei der 3. Nationalen Impfkonferenz im Mai diesen Jahres in München die Epidemiologie bei Hib an drei Beispielen darstellt. Auch ein Vertreter der ECDC erkannte seinen Irrtum in seinem Vortrag: man sieht Beweise, wo keine sind. Der Rückgang einer Krankheit nach Anwendung der Impfung ist aus sich selbst keinerlei Beweis dafür, dass er auch durch diese verursacht wurde. Sondern er beschreibt nur einen zeitlichen Zusammenhang, dessen Ursachen für den Verlauf jetzt erst zu suchen sind. Auch Fr. Wicker (STIKO) wies ich während ihres Vortrags darauf hin, dass sie einen Beweis sieht, wo keiner ist. Das ging u. a. auch Prof. zur Hausen bei der 2. Impfkonferenz in Stuttgart genauso[8].

9. Zur BCG-Impfung gegen Tbc lege ich Ihnen einen Beitrag vor, den ich als Analyse zu den Ausführungen in Vaccines (Ausgabe 1999) erstellt habe (Q 6.1-6.2). Daran hat sich auch in der Ausgabe 2008 nichts geändert (Q 7.1-7.9). Übrigens wird die BCG in Deutschland schon seit 1998 gar nicht mehr empfohlen: wegen nicht sicher belegbarer Wirksamkeit und nicht selten schwerer Impfkomplikationen, wie die STIKO damals begründete[9].

10. Das von mir angeführte Beispiel zu Maserntodesfällen von McKeown zeigt eindeutig, dass der Rückgang vollständig erfolgt war, ehe begonnen wurde, gegen Masern zu impfen. Die Impfung kann also mit diesem Rückgang überhaupt nichts zu tun haben. Wer sich die Zahlen für Deutschland anschaut, findet einen ganz ähnlichen Verlauf (Q 8). Dabei ist zu beachten, dass bei uns erst spät im größeren Umfang geimpft wurde. Es ist auch hier der schon erwähnte Irrtum, dass wir den Rückgang nach Anwendung der Impfung dieser ursächlich zuordnen. Warum glauben wir, dass sich der Rückgang ohne Impfung nicht weiter fortgesetzt hätte? Um einen möglichen Einfluss überhaupt in Erwägung ziehen zu können, bräuchten wir zumindest Daten über die Impfraten und den Impfstatus Erkrankter bzw. Verstorbener. Schätzen kann fehlen. Wahrscheinlich kennen Sie die dänische Forschergruppe um Aaby, die im afrikanischen Guinea-Bissau zahlreiche Untersuchungen durchführten. Sie stellten fest, dass Masern gar keinen Einfluss auf die langfristige Sterblichkeit der Kinder haben (Q 9). Daher ist klar, dass diesen auch nicht durch eine Masernimpfung geholfen werden kann. Was hilft, ist, dass sie durch die medizinische Versorgung z. B. vor Verhungern, Verdursten und Austrocknen wegen Durchfall bewahrt werden können. In Stuttgart sprach ich die WHO-Vertreterin wegen Aaby an. Sie antwortete nur, dass die gute Arbeit machen, aber man trotzdem zuerst einmal die Masern ausrotten will. Etwas hinsichtlich der Sterblichkeit sinnloses weiterzuverfolgen, statt die Ursachen abzustellen, zeugt nicht von ethisch-moralischer Größe. Wie Sie da von „unzweifelhaft“ schreiben können, bedarf näherer Erläuterung[10].

11. Was von den Internet-Ausführungen des RKI zu Impfkritikern zu halten ist, können Sie den von mir in meinem Brief vom 06.09.2012 genannten Quellen entnehmen. Wenn Sie die vom RKI aufgeführten Impfkritik-Punkte anschauen, werden Sie erstens entdecken, dass meine Argumentation eine ganz andere ist, und dass diese sich auch von der dort kommentierten Impfkritik unterscheidet. Vielleicht macht es Sie nachdenklich, wenn ich schon bei der ersten Nationalen Impfkonferenz in Mainz 2009 nach jedem der ca. 30 Vorträge ans Mikrofon ging und den Referenten eine Frage stellte bzw. Kritik an ihren Ausführungen äußerte – und es konnte nie eine Antwort gegeben werden, die meine Einwendungen entkräftete[11].

12. Bitte überprüfen Sie die Ausführungen und Quellen mit aller erdenklichen Sorgfalt. Es geht um die Klärung, ob Impfen öffentlich empfohlen werden kann angesichts des dokumentierten Nichtwissens und ob es mit der Verfassung vereinbar ist. Dann können Sie auch Ihre Aussage von „unzutreffenden Schlussfolgerungen, nicht vollständiger Recherche und fehlerhafter Interpretation“ überprüfen[12].

Es geht um die wichtige Aufgabe, auch übliche Praxis zu hinterfragen. Politische Entscheidungen gründen u. a. auf „guter wissenschaftlicher Politikberatung“. Dazu hat, wie eingangs beschrieben, Prof. Kurth Aussagen gemacht, die zum Nachdenken anregen müssen. Die übliche Praxis muss auch beim Impfen einer Überprüfung standhalten. Das fordert auch unser Grundgesetz.

In Erwartung Ihrer kurzfristigen Antwort verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Jürgen Fridrich

Hinweis der Redaktion: Die genannten Quellen werden auf der Internetseite www.libertas-sanitas.de veröffentlicht.

Der Schriftverkehr geht weiter. Das Bundesministerium hat wider Erwarten erneut geantwortet. Wir werden entweder im nächsten Rundbrief oder auf unserer Internetseite über den Fortgang der Diskussion berichten.

[1-12] Zu den bezeichneten Absätzen finden Sie im folgenden Schreiben Jürgen Fridrichs vom 19.06.2013 unter der entsprechenden Nummer die passende Antwort.

IMPRESSUM

Herausgeber Libertas & Sanitas e.V., Marbach.

Geschäftsstelle Wilhelm-Kopf- Straße 15, 71672 Marbach, Telefon (0 71 44) 86 25 35, E-Mail: info@libertas-sanitas.de, Internet: www.libertas-sanitas.de.

Vorsitzende Marianne Kräck, Wolfgang Böhm, Jürgen Fridrich.

Anfragen, Beiträge oder Leserbriefe an
Libertas & Sanitas Rundbrief-Redaktion. Anfragen werden unentgeltlich beantwortet. Allerdings bitten wir, einen freigemachten, rückadressierten Umschlag (DIN A 4) beizulegen.

Libertas & Sanitas e.V. ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Gerne senden wir eine Spendenquittung zu.

Bankverbindung
Sparkasse Eichstätt (BLZ 721 513 40) Konto 20 136 222.